

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 1154

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques, Marcel BURON

né le 23 novembre 1928 à Paris (14e)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 1963

STATISTIQUES

DE FECONDITE ET DE MORTALITE

DANS 259 FAMILLES DE MALADES CHRONIQUES.

(Structures parentales, taux de fécondité, taux de mortalité de 0 à 35 ans et surmortalité masculine).

Président :

Mr. A. LEMAIRE,

Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques, Marcel BURON

né le 23 novembre 1928 à Paris (14e)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

STATISTIQUES

DE FECONDITE ET DE MORTALITE

DANS 259 FAMILLES DE MALADES CHRONIQUES.

(Structures parentales, taux de fécondité, taux de mortalité de 0 à 35 ans et surmortalité masculine).

Président :

Mr. A. LEMAIRE,

Professeur



EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
	Beaujon
	Cochin
	Cochin
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
Cliniques médicales	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	MILLIEZ (P.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	LENÈGRE (J.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	BROUET (G.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	BARIÉTY (M.)
	8ÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Cliniques obstétricales	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
	Baudelocque
	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	DEROT (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	GARCIN (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LACOMME (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MERGER (R.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	RENARD (G.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	LELONG (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	MARIE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	BERNARD (E.)
Clinique toxicologique	MICHAUX (L.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	COSTE (F.)
Sémiologie médicale	DECHAUME (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	ROUX (M.)
Clinique urologique (Necker)	LEMAIRE (A.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	GAULTIER (M.)
	PADOVANI (P.)
	DOMAT (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUYELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GABROL (G.)
	COUINAUD (G.)
	GILLOT (G.)
	OLIVIER (G.)
	pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.)
	pr. s. ch.
	ABELANET (R.)
	CHOMETTE (G.)
Anesthésiologie	GOUYGOU (Ch.), m. conf.
	NEZELOFF (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Bactériologie	KERN (E.)
	VOURC'H (G.)
	BARBIER (P.)
	pr. s. ch.
Biochimie médicale	CHRISTOL (D.)
	LE MINOR (L.)
	TOURNIER (P.)
	BAILLIEU Et. m. conf.
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	BOURILLON (R.)
	CARTIER (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
	GONNARD (P.)
Carcinologie	KRUH (J.)
	JEROME (H.)
	PLAS (F.)
	BOIRON (M.)
Dermato-Syphiligraphie	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
	SELIGMANN (M.)
	CIVATTE (J.)
Electro-Radiologie	DUPERRAT (B.)
	LEDoux-LEBARD (G.)
	BESSIS (M.)
	BILSKI-PASQUIER (G.)
Hématologie	DAUSSET (J.)
	DUHAMEL (G.)
	COUJARD (R.), pr. s. ch.
	MAROIS (M.)
Histologie	RACADOT (J.)
	BESANÇON (F.)
	CORNET (A.)
	BOYER (J.) pr. s. ch.
Hygiène	BLANCHER (G.)
	CORRE-HURST (M ^{me} L.)
	SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
	BASTIN (R.) Pr. s. ch.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
	HADENGUE (A.)
Médecine légale	ALBAHARY (G.)
	PERTUISSET (B.)
	LAPRESLE (J.)
	GRANJON (A.)
Médecine du travail	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	LEVY (J.)
	MORIN (P.)
Neuro-chirurgie	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	SENEZE (J.)
	SUREAU (G.)
Neurologie	THOYER-ROZAT (J.)
	BRÉGEAT (P.)
	DUBOIS (A.)
	SARAUX (H.)
Obstétrique	
Ophtalmologie	

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.)
	MEARY (R.)
	POSTEL (M.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
	PIALOUX (P.)
	GOLVAN (Y.)
	LAPIERRE (J.)
Parasitologie	BARGAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	GERRONNET (G.)
	CHATELIN (C.-L.)
Pathologie chirurgicale	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
Pathologie exotique	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
	(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A.)
Pathologie expérimentale	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
Pathologie médicale	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pédiatrie-Puériculture	SCHNEIDER (J.)
	BENHAMOU (J.-P.)
	BERTHAUX (P.)
	BOIVIN (P.)
AUSANNHAIRE (M.) *	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LÉPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
BOUVIER (J.)	NIKOL (Cl.)
	RICHET (G.)
	AUSANNHAIRE (M.) *
	BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)	BRICAIRE (H.)
	BRISAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
CATINAT (J.)	CHÉRIEN (J.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
ÉTIENNE (J.-P.)	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (C.)
MOREAU (L.)	NICK (J.)
	ROYER (P.)
	TOURNEUR (R.)
	WOLFROMM (R.)
LAFOURCADE (J.)	LEPERCQ (G.)
	MANDE (R.)
	NOZZICONAGGI (P.)
	POLONOVSKI (G.)
ROSSIER (A.)	VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	GERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale . . .	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Famille

et en particulier à ceux qui
m'ont élevé, mon Oncle et
ma Tante .

A ma Femme

qui a activement collaboré
à la réalisation de cette thèse .

A mes deux Filles .



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548801_0006

A notre Président de thèse :

Monsieur le Professeur André LEMAIRE,

Professeur de Clinique Thérapeutique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage respectueux.

A notre Maître

Monsieur le Professeur André BOURGUIGNON
Médecin des Hôpitaux de Paris.

qui a inspiré et dirigé ce travail
et en qui nous avons trouvé un guide
profondément humain pour notre ini-
tiation clinique.

En hommage de respectueuse
affection.

A nos Maîtres d'Externat :

- Monsieur le Professeur Jean BERNARD

dont le sens de l'humain nous a
beaucoup marqué.

- Monsieur le Professeur PATEL

- Monsieur le Docteur BRUNET

- Monsieur le Docteur UHRY

- Monsieur le Docteur BLANCHON

- Monsieur le Docteur BRET

- Monsieur le Professeur BOURGUIGNON.

A Mademoiselle Jacqueline SCIBOR -RYLSKY

En remerciement de sa contribution
à l'enquête.

INTRODUCTION

Ce travail a commencé par la rédaction de biographies de malades chroniques.

Nous avons bientôt été frappés par quelques observations de familles où les enfants et plus particulièrement les garçons étaient décimés sans raison apparente. Or, l'étude de ces familles nous a révélé l'image d'un certain type de mère, énergique, prenant les initiatives et les décisions, entourée de nombreux enfants.

Nous nous sommes alors demandé s'il existait une corrélation entre la prévalence maternelle et la mortalité de ces enfants.

Nous savions par les travaux de Spitz que les relations mère-enfant inadéquates aboutissaient à des troubles psychotoxiques de l'enfance et que les relations mère-enfant insuffisantes, voire la carence affective maternelle complète, se répercutaient sur le taux de la mortalité infantile.

Spitz fait état d'une statistique de 91 nourrissons résidant dans un orphelinat et qui avaient été élevés au sein pendant les trois premiers mois de leur vie, puis sevrés et confiés aux soins d'une nurse s'occupant de 10 enfants en moyenne, ce qu'il considère comme devant entraîner une carence affective complète. Il observa que 37 p. 100 d'entre eux moururent au cours des deux premières années de leur vie et que ceux qu'il put suivre parmi les autres eurent tous des retards psychomoteurs importants.

Par contre, dans une autre nursery où les enfants étaient élevés dans les mêmes conditions d'hygiène, de nourriture, de logement mais par leur propre mère aucun décès ne fut enregistré en quatre ans d'observations.

Le rôle primordial du début de la vie sur le devenir de l'individu est encore souligné par les récents travaux sur l'imprégnation dans le monde animal.

Rémy Chauvin écrit dans son ouvrage "le comportement social chez les animaux" :

"Le phénomène de l'imprégnation fut d'abord observé par Heinroth sur des oisons provenant d'oeufs élevés en couveuse artificielle. Dès qu'il eut amené les jeunes près d'une oie, il constata avec l'étonnement qu'on imagine qu'ils refusaient de la suivre, mais l'accompagnaient, lui Heinroth, sans vouloir le lâcher d'une semelle

Dans les premiers moments de l'existence le jeune fixe d'une manière indélébile l'aspect du premier objet qu'il rencontre et qu'il suivra désormais que ce soit un homme ou une oie ... Ces fixations durent extrêmement longtemps peut être toute la vie dans certains cas".

Tout en sachant qu'il est toujours dangereux d'extrapoler de l'animal à l'homme, à la suite de ces travaux, nous nous sommes demandé si les premières années de la vie et en particulier les relations avec les parents n'avaient pas, même à long terme, une influence sur la morbidité et la mortalité des enfants.

Plus précisément, la question que nous nous sommes posée et à laquelle nous avons tenté de répondre est la suivante :

Existe-t-il une corrélation entre la structure du couple parental d'une part et la mortalité des enfants, celle-ci étant considérée entre 0 et 35 ans, c'est-à-dire avant l'installation manifeste des processus de sénescence ?

Il y a de nombreuses études sur les rapports entre la relation parentale et la morbidité des enfants, mais à notre connaissance, mise à part la statistique de Spitz, il n'existe pas de travaux sur les rapports entre la structure du couple et la mortalité des enfants.

C'est à la recherche d'une corrélation entre ces deux données que nous nous sommes surtout attachés. Ce faisant nous avons été amenés à envisager le problème de la natalité sous son aspect particulier de fécondité du couple et là encore nos constatations recoupent certaines données récentes de sociologie animale.

Après avoir décrit notre matériel et défini nos méthodes d'étude, nous présenterons dans une première partie succincte nos résultats sur la fécondité et dans une seconde partie ceux concernant la mortalité dans ce milieu très particulier des malades dits chroniques. Nous ferons ensuite une large place à la discussion de ces résultats.

M A T E R I E L

ET

M E T H O D E S

M A T E R I E L

La présente étude a été effectuée à l'hôpital A. Chenevier de Créteil réservé aux malades dits chroniques, susceptibles d'être encore traités et améliorés.

I. - ECHANTILLON

=====

Notre enquête porte sur 130 malades :

- 65 hommes
- 65 femmes

représentant un échantillon des 288 malades du service.

Nous avons recueilli des renseignements, d'une part sur la famille d'origine du malade :

- ses parents et sa fratrie

et d'autre part sur sa famille de procréation :

- son conjoint et ses enfants.

Les 130 malades nous ont ainsi permis d'étudier 259 couples se répartissant ainsi :

- 138 couples d'origine
- 121 couples de procréation

totalisant 736 enfants.

II. - CHOIX DE L'ECHANTILLON

=====

Les malades ont été interrogés systématiquement dans l'ordre des lits des 8 salles que compte le service.

Nous avons éliminé ceux avec qui la communication verbale était difficile, imprécise ou impossible c'est-à-dire :

- les aphasiques. Nous n'avons donc qu'une minorité d'hémiplégies droites.
- les séniles manifestement "détériorés" ;
- les amnésiques ;
- les sourds.

Nous avons également rejeté les nord-africains pour que notre échantillon de malades soit culturellement homogène.

Ces conditions étant précisées, le choix des malades a été fait strictement au hasard.

Deux ou trois malades n'ont pas voulu répondre aux questions posées.

Dans 4 salles sur 8 tous les malades qu'il était possible d'interroger l'ont été.

Dans les 4 autres salles, certains se trouvaient absents au moment de l'interrogatoire, en rééducation ou en permission, d'autres avaient leur famille auprès d'eux, car le travail d'enquête a été accompli en majeure partie l'après-midi.

Dans ces cas nous avons essayé de rencontrer ces malades un autre jour pour conserver au choix de notre échantillon son caractère systématique.

III. - LA POPULATION

=====

Ce travail a été effectué dans le cadre de cet hôpital de chroniques qui groupe 828 lits répartis en trois services.

Notre échantillon de 130 malades a été extrait du service du Professeur A. Bourguignon, service qui compte 288 lits.

Les malades viennent en majeure partie des hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris mais également de tous les hôpitaux qui dépendent de la circonscription administrative de Paris.

Ils sont recrutés sur un questionnaire médical et choisis par le chef de service qui admet tous les malades susceptibles

d'être améliorés, soit par le traitement médical soit par la rééducation.

L'analyse de l'échantillon révélera les différentes maladies ayant justifié l'admission dans le service. Disons tout de suite que pour celle-ci il y a intrication des motifs de caractère médical et des motifs de caractère social. En l'occurrence, nous pensons que les facteurs sociaux sont déterminants tout au moins sur la durée du séjour du malade à l'hôpital de chroniques.

IV. - ANALYSE DE L'ECHANTILLON

=====

Notre matériel constitué de 259 dossiers correspondant aux familles d'origine et de procréation de 130 malades sera étudié sous les aspects suivants :

- a - âge
- b - maladie ayant justifié l'hospitalisation
- c - structure du couple parental d'origine :
 - complet, dissocié, inexistant.
- d - état civil
 - marié, veuf, divorcé, séparé, célibataire.
- e - rang dans la fratrie
- f - situation socio-professionnelle des couples d'origine et de procréation.

a) Age

Femmes

- L'âge moyen des femmes est de 63 ans avec une amplitude variant de 20 à 93 ans.

- Ecart type de la distribution : 15,5 ans.

- Calcul de l'écart type effectué à partir de l'âge de 65 malades.

Hommes

- L'âge moyen des hommes est de 60,5 ans, l'amplitude variant de 30 à 86 ans.

- Ecart type 12,6 ans.

- Calcul de l'écart type effectué à partir de l'âge de 65 malades.

b) Maladies ayant justifié l'hospitalisationTableau n° 1 - Classification et fréquence des maladies, âge moyen des malades parmi l'échantillon.

CLASSIFICATION DES MALADIES	Fréquences chez les		Age moyen			
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
1° MALADIES CARDIO-VASCULAIRES		12		6	68	65
- Artérites des membres inférieurs.....	8		4		65	64
- Hypertension artérielle...	1		1			
- Insuffisance cardiaque....	2					
- Sequelles d'infarctus....	1					
- Dyspnée et angor chez une malade présentant un rétrécissement mitral.....			1			
2° MALADIES DU SYSTEME NERVEUX		27		30	59	62
- Hémiplésies.....	14		17		63	68
- Scléroses en plaques.....	5		8		45	45
- Paralysies faciales..... (sequelles d'ictus ; post-opératoire).	1		1			
- Parkinson.....	2					
- Paraplégies (par ostéochondrome ; d'origine centrale)	1		1			
- Troubles cérébelleux.....	1					
- Pseudobulbaire.....	1					
- Sclérose latérale amyotrophique de la moelle.....	1					
- Paralysie du sciatique poplité externe post opératoire.....	1					
- Sequelles de poliomyélite..			1			
- Sequelles douloureuses de zona.....			1			
- Tabès.....			1			

CLASSIFICATION DES MALADIES	Fréquences chez les		Age moyen		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
3° TRAUMATISMES		9	14	59	64
- Sequelles mécaniques de fractures.....	7	12	63	72	
- Sequelles neurologiques de fractures..					
- hémiplégies.....	2		44		
- paraplégies.....		2			21
4° AFFECTIONS RHUMATISMALES		6	7	66	70
- Coxarthroses	3	1			
- Polyarthrite chronique évolutive.....	2	3			
- Polyalgies rhumatismales	1	2			
- Sciaticque paralysante....		1			
5° AFFECTIONS BRONCHO PULMONAIRES		5	6	59	59
- Insuffisance respiratoire. chronique.....	4	5			
- Asthme.....	1	1			
6° DIVERS		6	2	55	52
- Insuffisance rénale	2				
- Leucémie lymphoïde.....	1				
- Altération de l'état général (sequelles de fracture, ulcère du duodénum).....	1				
- Cancer de la prostate.....	1				
- Hématémèse sans support organique.....		1			
- Cancer du tube digestif...		1			
- Myopathie pseudo hypertrophique de Duchenne.....	1				

Ce tableau peut être résumé ainsi par ordre de fréquence décroissante des maladies rencontrées :

Tableau n° 2 - Fréquences des maladies.

MALADIES	Fréquences des maladies en p.100	
	Hommes	Femmes
Maladies neurologiques	42	46
Traumatismes	14	22
Maladies cardio-vasculaires ...	18,5	9
Affections rhumatismales	9	11
Affections broncho-pulmonaires	7,5	9
Divers	9	3
Total	100	100

Le fait le plus marquant est la fréquence plus grande de nos malades hommes hospitalisés pour affections cardio-vasculaires et en particulier pour artérites chroniques des membres inférieurs.

c) Structure du couple d'origine

Nous avons réparti nos malades en trois groupes, suivant qu'ils sont issus de couples parentaux complets, inexistants ou dissociés avant qu'ils aient atteint l'âge de 18 ans.

Par couples complets nous entendons des partenaires vivant en état de mariage ou de concubinage notoire.

Nous rangeons dans la catégorie des familles inexistantes les malades orphelins de père et de mère ou abandonnés par leurs deux parents.

Les couples dissociés sont ceux dont l'un des membres est absent par suite de décès, divorce, séparation ou abandon.

Nous n'avons tenu compte dans ce tableau que de la dissolution de la famille ayant donné naissance au futur malade sans nous préoccuper de savoir s'il sera pris en charge par un autre couple dans l'avenir.

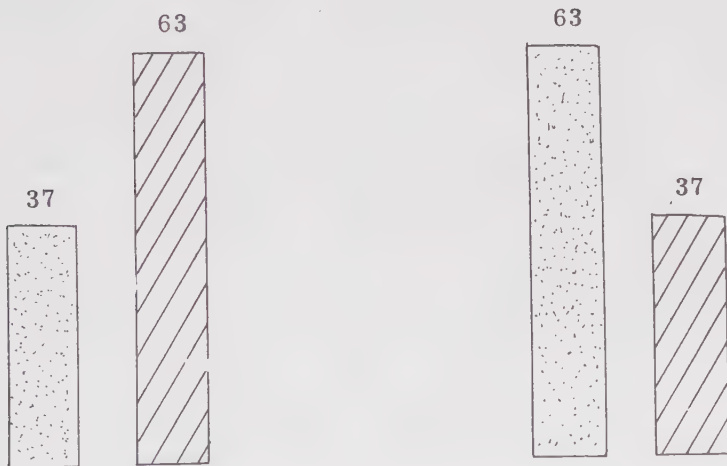
Tableau n° 3 - Origine des 130 malades de l'échantillon.

MALADES	COUPLES D'ORIGINE			
	Complets	Inexistants	Dissociés	
			Mères seules	Pères seuls
65 Hommes	24	3	25	13
65 Femmes	41	4	18	2
<u>130</u>	<u>65</u>	<u>7</u>	<u>43</u>	<u>15</u>

Le graphique suivant montre la situation d'origine respective des hommes et des femmes de l'enquête.

Graphique n° I - Structure des couples d'origine des 130 malades de l'enquête (résultats exprimés en p.100)

 couples complets
 couples dissociés.



Enquête hommes

Enquête femmes

Deux tiers des malades hommes sont issus de familles dissociées contre un tiers seulement de malades femmes.

Cette différence est statistiquement significative au seuil de probabilité inférieur à 1 p. 100.

$$\chi^2 = 8,892$$

$$P < 0,01$$

Il est encore à remarquer que la perte du père est plus fréquente que la perte de la mère dans les deux sexes, mais plus particulièrement chez les malades femmes.

d) Répartition de l'échantillon
en catégories d'état civil.

Tableau n° 4 - Etat civil des 130 malades de l'échantillon.

CATEGORIES	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Mariés	22	33,9	10	15,4
Veufs	14	21,5	29	44,6
Divorcés ou Séparés	17	26,1	14	21,5
Célibataires ..	12	18,5	12	18,5
	65	100	65	100

Un malade homme sur trois est encore marié contre seulement une femme sur sept.

Mais cette différence, a priori surprenante, s'explique facilement car les malades femmes sont plus âgées que les hommes, 63 ans contre 60,5 ans et dans l'intervalle certaines sont devenues veuves. Nous avons calculé que ce fait explique environ 5 p.100 des 18,5 p.100 de différence trouvée dans les pourcentages des gens mariés.

La plus grande fréquence des veuves s'explique encore par deux autres raisons évidentes : les hommes épousent en général des femmes plus jeunes qu'eux et enfin la moyenne de vie de

la femme est supérieure à celle de l'homme.

Nous devons tenir compte de cette différence dans l'appréciation que nous ferons des facteurs qui président à l'admission d'un malade dans un hôpital de chroniques.

Si la solitude du malade est un des facteurs sociaux les plus importants de son hospitalisation, il est intéressant de comparer chez nos malades hommes et femmes le temps moyen qui s'est écoulé entre leur veuvage ou leur divorce et leur hospitalisation actuelle, compte tenu du fait que le service est ouvert depuis 5 ans. Nous appelons ce temps "temps de latence".

Tableau n° 5 - Age moyen et temps de latence pour chaque catégorie d'état civil.

CATEGORIES D'ETAT CIVIL	HOMMES		FEMMES		HOMMES+FEMMES	
	Age moyen	Temps de latence	Age moyen	Temps de latence	Age moyen	Temps de latence
Mariés.....	62	-	51	-	59	-
Célibataires..	52	-	58	-	55	-
Séparés.....	59	15+2,5 *	63	26+2,5	60	19+2,5
Veufs.....	69	10,5+2,5	69	13+2,5	69	12+2,5

* Cette valeur de 2,5 ans correspond à la moitié du temps d'hospitalisation maximum dans le service.

Les âges, compte tenu de la différence moyenne générale entre hommes et femmes, sont comparables pour chaque catégorie excepté celle des malades mariés, les femmes étant dans ce groupe beaucoup plus jeunes que les hommes : 51 ans contre 62 ans. Ces femmes mariées ne semblent pas souffrir de maladies plus particulièrement invalidantes que les autres malades.

Les temps de latence des femmes sont supérieurs à ceux des hommes aussi bien en cas de séparation que de veuvage. Cette deuxième constatation ne fait d'ailleurs que confirmer le fait connu que les femmes supportent mieux la solitude que les hommes.

e) Rang dans la fratrieTableau n° 6 - Dimension des familles d'origine

FREQUENCE DES FRATRIES	Nombre d'enfants par famille												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Chez les hommes	9	16	12	11	4	2	6	1	1	2	-	1	-
Chez les femmes	6	11	9	11	10	2	4	4	2	3	-	-	1

Nous pouvons à l'aide de ces renseignements calculer le nombre théorique de malades pour chaque type de situation dans la fratrie.

Nous appellerons :

- aîné : le premier des enfants
- dernier : le 2e de 2, le 3e de 3 etc...
- cadet : le 2e de 3, de 4 etc... (le 2e de 2 étant appelé dernier)
- moyen : le 3e de 4, les 3e et 4e de 5 etc...
- unique : l'enfant seul.

La famille de n enfants comprend donc :

un aîné, un dernier, un cadet et $(n-3)$ moyens.

Nous avons tenu compte dans ce calcul de tous les enfants nés, vivants ou morts.

Nous connaissons l'arrangement des fratries complètes de 65 malades hommes et de 58 malades femmes.

Parmi les 123 fratries connues 9 malades hommes et 8 malades femmes sont des enfants uniques.

Pour savoir si le nombre d'aînés, de derniers, de cadets et de moyens que comporte notre échantillon est dû au hasard, nous allons comparer les fréquences observées à des fréquences théoriques que nous calculons de la manière suivante :

Puisque nous connaissons le nombre de fratries et leurs dimensions, nous pouvons déterminer le nombre total d'aînés, de cadets, de derniers, de moyens que comportaient ces fratries.

Ainsi chez les hommes les 65 fratries se répartissent ainsi :

9 fils uniques
56 aînés
56 derniers
40 cadets
83 moyens
soit 244 enfants.
==

Nous ne tenons pas compte des fils uniques dont la fréquence théorique doit logiquement égaler la fréquence réelle. C'est tout au moins le point de vue généralement admis.

Si la présence des malades à l'hôpital de chroniques est indépendante de leur situation dans la fratrie, la répartition observée doit être proportionnelle au nombre d'enfants de chaque type de situation ; plus exactement les différences constatées ne doivent pas être significatives du point de vue statistique.

Exprimée en p.100 la fréquence de chaque type de situation est la suivante :

aînés	23,7 p.100
derniers	23,7 p.100
cadets	16,8 p.100
moyens	<u>35,8</u> p.100
	100

La fréquence théorique de chaque type de situation dans la fratrie s'établit donc à :

aînés	13,3
derniers	13,3
cadets	9,4
moyens	20
	56

Le même raisonnement appliqué aux 58 fratries de femmes dont on connaît l'arrangement nous permet d'établir le tableau n° 7.

Tableau n° 7 - Comparaison des fréquences observées et des fréquences théoriques relatives aux malades et compte tenu de leur position dans la fratrie.

POSITION DANS LA FRATRIE	HOMMES		FEMMES	
	Fréquence théorique	Fréquence observée	Fréquence théorique	Fréquence observée
Enfant unique	9	9	8	8
Aîné	13,3	13	10,725	8
Dernier	13,3	27	10,725	26
Cadet	9,4	8	8,8	6
Moyen	20	8	19,750	10
Totaux	65	65	58	58

Il apparaît immédiatement que la fréquence observée pour les derniers nés est bien supérieure à la fréquence théorique tant chez les femmes que chez les hommes.

Il convient de rappeler que les benjamins, comme les enfants uniques, sont en général ceux des enfants qui sont le plus choyés et qui reçoivent le plus d'affection de leurs parents.

Laissant de côté les enfants uniques, nous pouvons dire que 53 malades sur 106 c'est-à-dire exactement 50 p.100 sont des benjamins.

La fréquence observée 53, diffère de la fréquence théorique, 24,025 (13,3 + 10,725) d'une manière hautement significative à un seuil de probabilité inférieur à 4 p.100 000.

$$\chi^2 = 17,48$$

$$P < 0,00004$$

En définitive sur l'ensemble de notre échantillon 70, c'est-à-dire 57 p.100 des 123 malades dont la situation dans la fratrie nous est connue, sont des benjamins ou des enfants uniques.

f) Situation socio-professionnelle des couples
d'origine et de procréation.

Nous référant à une étude du niveau et de l'évolution de la fécondité par catégorie socio-professionnelle parue dans "Population" de 1959 et comparant les taux de fécondité des femmes mariées avant 30 ans vers 1927 et en 1944 (M. Febvay - Niveau et évolution de la fécondité par catégorie socio-professionnelle Population 1959, 4) nous avons classé nos couples en groupes socio-professionnels de taux de fécondité voisins.

Nous avons ainsi défini 4 types de familles en fonction de la profession du père :

1° - la famille paysanne,
comprenant les propriétaires exploitants, les fermiers et les
les ouvriers agricoles.

2° - la famille ouvrière,
dans laquelle nous rangeons les ouvriers qualifiés, spécialisés,
les mineurs, les manoeuvres à l'exclusion des contremaîtres.

3° - la famille de classe moyenne,
réunissant les petits commerçants, les cadres moyens, les contremaîtres, les employés ainsi que le personnel de l'armée et de la police bien que les taux de fécondité de ces deux dernières catégories soient un peu supérieurs à la moyenne du groupe, les rapprochant plutôt de la famille bourgeoise. (2,34 et 2,97 respectivement, en 1927 et en 1944).

Il est d'ailleurs curieux de remarquer que le personnel de l'armée et de la police chargé du maintien de l'ordre public se comporte dans sa politique familiale comme la bourgeoisie.

4° - la famille bourgeoise,
comportant les industriels, les professions libérales, les cadres supérieurs et les officiers.

Nous avons calculé les taux de fécondité approximatifs pour ces 4 types de familles d'après les renseignements de la revue "Population" mentionnée plus haut.

Tableau n° 3 - Taux de fécondité par type de famille vers 1927 et en 1944, (Source : "Population 1959-4")

FAMILLES	Taux de fécondité approximatif	
	Vers 1927	En 1944
Paysanne	3, 15	3, 56
Ouvrière	2, 83	3, 60
Classe moyenne	1, 96	2, 66
Bourgeoise	2, 23	2, 94

Les renseignements que nous avons pu recueillir dans notre propre enquête portent sur :

- 107 couples de procréation

64 provenant de l'enquête chez les hommes
43 " " " " " femmes.

- 114 couples d'origine

63 provenant de l'enquête chez les hommes
51 " " " " " femmes.

Le tableau suivant étudie la situation socio-professionnelle de ces couples.

(voir tableau page suivante).

Tableau n° 9 - Répartition de 221 couples de notre enquête en catégories socio-professionnelles.

DESIGNATION	CATEGORIES							
	Paysanne		Ouvrière		Classe moyenne		Bourgeoise	
	Nb.	en p.100	Nb.	en p.100	Nb.	en p.100	Nb.	en p.100
<u>FAMILLES D'ORIGINE</u>								
- Enquête hommes 63 couples	4	6,3	31	49,2	24	38,1	4	6,4
- Enquête femmes 51 couples.....	3	5,9	23	45,1	23	45,1	2	3,9
	—	—	—	—	—	—	—	—
Total 114 couples....	7	6,1	54	47,4	47	41,2	6	5,3
<u>FAMILLES DE PROCREATION</u>								
- Enquête hommes 64 couples....	2	3,1	26	40,6	28	43,8	8	12,5
- Enquête femmes 43 couples...	0	0	16	37,2	25	58,1	2	4,7
	—	—	—	—	—	—	—	—
Total 107 couples..	2	1,9	42	39,3	53	49,5	10	9,3

Ce tableau montre que la classe ouvrière et la classe moyenne groupent 88,6 p.100 des familles d'origine et 88,8 p.100 des familles de procréation.

Il semble y avoir eu en outre une certaine promotion sociale de nos malades par rapport à leurs parents.

Le déplacement paraît s'être effectué au détriment de la classe paysanne et de la classe ouvrière en faveur de la classe moyenne et de la classe bourgeoise.

Notre échantillon comporte donc 130 malades :

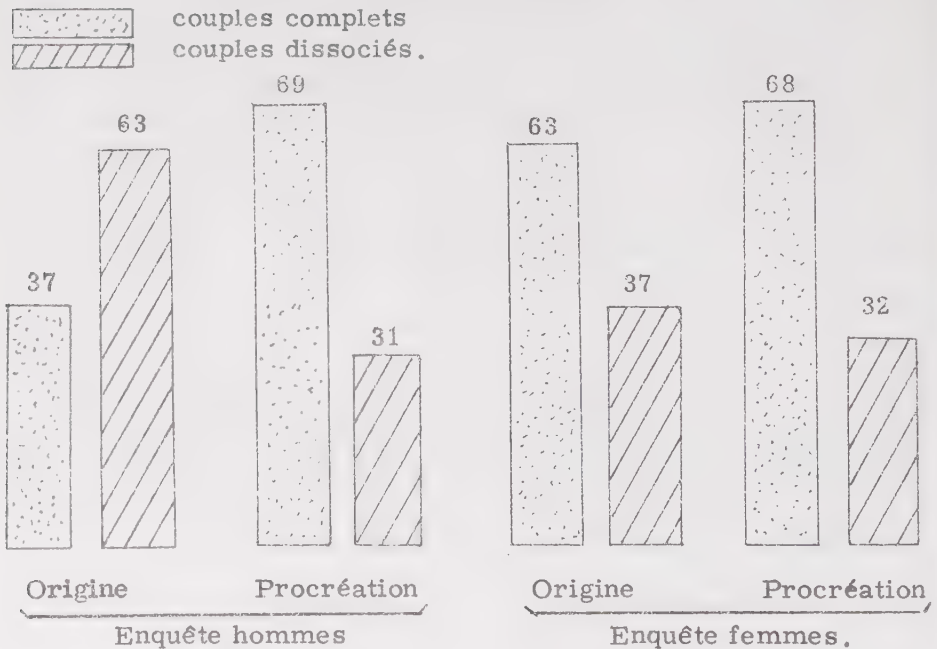
65 hommes âgés de 60,5 ans en moyenne

65 femmes âgées de 63 ans en moyenne.

La durée de séjour de ces malades dans le service varie de quelques semaines à plusieurs années. Certains étant dans la même chambre depuis l'inauguration du service il y a 5 ans. Ce séjour prolongé n'est évidemment pas justifié par des motifs uniquement médicaux.

Deux malades hommes sur trois sont issus de couples dissociés. Il y a dans cette constatation un point capital à retenir d'autant plus que ni les femmes ni les familles engendrées par nos malades tant hommes que femmes ne présentent une telle structure, comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° II. - Structure comparée des couples d'origine et de procréation des 130 malades de l'enquête. (Résultats exprimés en p.100)



Les deux tiers des hommes et les six septièmes des femmes sont veufs, divorcés, séparés ou célibataires. Leur descendance est comme nous le verrons, peu nombreuse.

Par ailleurs, la moitié des malades tant hommes que femmes sont des derniers nés ou des enfants uniques.

Seuls survivants du couple qu'ils ont formé, très souvent seuls survivants de leur fratrie étant donné leur âge et leur position dans cette fratrie, ayant peu de descendance, il n'est pas étonnant qu'ils prolongent autant que faire se peut, leur séjour dans cette nouvelle famille créée à leur intention : "la famille des chroniques".

oOo

M E T H O D E

Tout notre travail repose sur une enquête effectuée auprès d'un échantillon de 130 malades interrogés dans un ordre systématique parmi les 288 lits que compte le service.

Chaque fois que cela a été possible l'interrogatoire a été réalisé dans une pièce où l'enquêteur se trouvait seul avec le malade.

L'élaboration du questionnaire s'est faite en quatre étapes.

Dans un premier temps nous avons recueilli les éléments d'une dizaine de biographies de malades chroniques. Nous avons choisi des malades qui nous semblaient répondre le plus aux critères de la chronicité : évolution sur une longue période ou succession impressionnante de maladies chez un même sujet. Le choix était facile, bon nombre de malades constituant en effet de véritables "musées pathologiques". Nous demandions en outre à nos sujets d'être originaires d'une famille nombreuse pour pouvoir comparer le malade chronique aux autres membres de sa fratrie.

Ce travail nous a permis d'observer certains phénomènes dont deux ont surtout retenu notre attention :

- La répétition de situations similaires chez un même malade ou d'une génération à l'autre.
- La fréquence élevée de décès d'enfants de sexe masculin ou d'hommes jeunes dans les familles étudiées.

Les exemples de répétition de situations fourmillent dans les dossiers que nous avons réunis.

C'est ainsi qu'il y a une ressemblance entre les structures des couples de deux générations successives exactement comme s'il existait une hérédité de ces structures.

Nous avons analysé les structures des couples de procréation formés par les malades issus de couples dissociés. Certains ont eu des enfants, d'autres les ont perdus en bas âge, d'autres enfin n'en ont pas eu.

Pour établir une comparaison valable entre les deux générations nous n'avons tenu compte que des couples de procréation dont les enfants ont au moins vécu 18 ans.

32 des 65 malades qui ont perdu l'un de leurs parents ou les deux avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans ont actuellement des enfants.

24, c'est-à-dire 75 p.100, de ces malades issus de couples dissociés ont eux-mêmes formé des couples qui se sont défaits par la mort ou la séparation d'un des conjoints avant que leur descendance ait atteint 18 ans.

Le graphique suivant illustre cette observation.

(Voir page suivante)

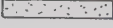
Le second enseignement que nous ayons retiré de l'étude de biographies de malades concerne la surmortalité masculine. Le choix des malades d'après les critères de chronicité et de dimension de la famille d'origine nous a mis d'emblée dans des conditions d'observations privilégiées. Notre matériel se composait presque exclusivement de familles à prévalence maternelle où la mortalité masculine avant 35 ans dépassait 80 p.100 contre 6 p.100 pour le sexe féminin.

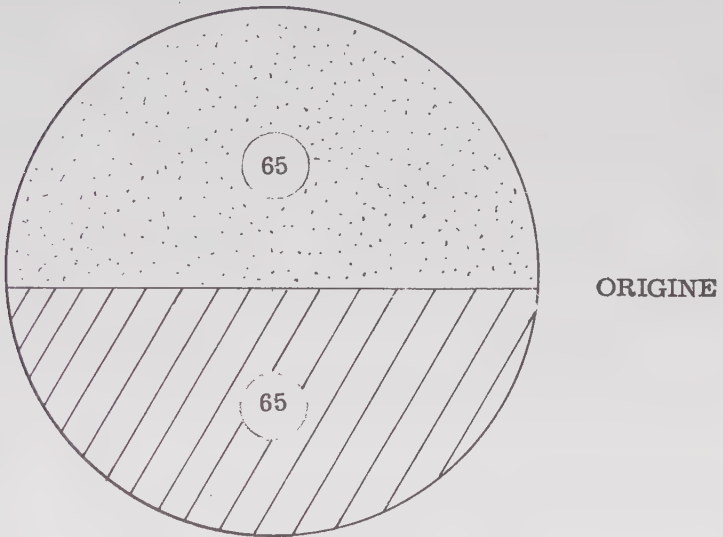
Nous avons voulu savoir si ces résultats se vérifiaient sur un échantillon de malades choisis au hasard. Cette étude a constitué la deuxième étape de notre travail. Une quinzaine de questions ont été posées à 12 malades dans le but de déterminer le sens de la prévalence du couple parental. 12 dossiers ont ainsi été constitués qui confirmaient les premiers résultats bien que dans des proportions moindres.

Dans une troisième étape nous avons élaboré deux longs questionnaires nous permettant de recueillir des renseignements sur la famille d'origine du malade et sur sa famille de procréation. L'interrogatoire d'un seul malade durait fréquemment près de deux heures.

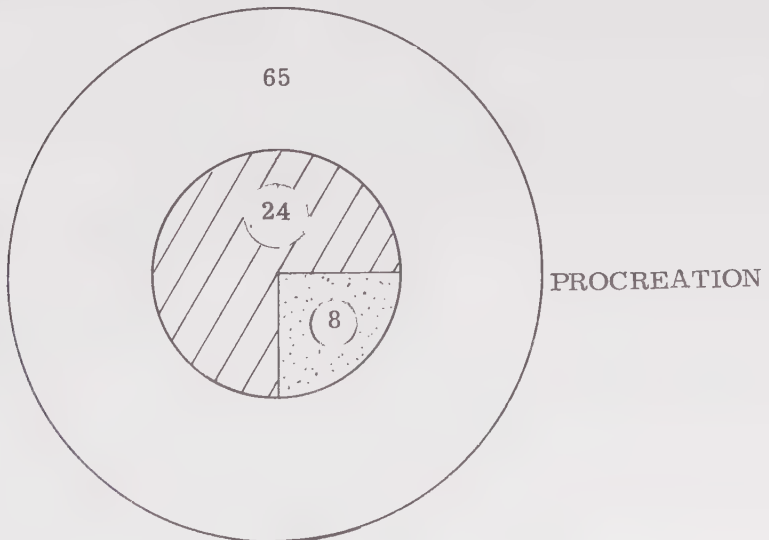
Nous avons ainsi réuni 62 dossiers, mais au fur et à mesure de la progression de l'enquête notre conception de la prévalence dans le couple se précisait et nous découvrions que certaines

Graphique III. - Descendance des couples dissociés
Couples ayant tous des enfants de
plus de 18 ans.

-  : couples dissociés
 : couples complets
 : 65 malades issus des 65 couples dissociés.



Les 65 couples dissociés donnent naissance à
 65 malades dont 32 ont des enfants de plus de 18 ans



questions, trop abstraites, quant à leur objet ou quant à leur formulation, ne recevaient jamais de réponses. Nous nous sommes donc trouvés dans l'obligation d'établir un nouveau questionnaire.

Nous donnerons plus loin l'analyse de ce questionnaire final qui nous a permis de constituer 171 nouveaux dossiers.

Il comporte 85 questions posées de telle sorte qu'une réponse par oui ou par non soit en principe suffisante.

En fait, nous avons toujours laissé parler le malade pour recueillir le plus d'informations possibles. Mais notre enquête est tellement riche et ses résultats si étendus que nous n'en pourrions donner qu'une partie, le reste devant être exploité mécanographiquement.

Les renseignements que nous avons analysés sont les suivants :

1°/ taux de fécondité, c'est-à-dire nombre moyen d'enfants par couple.

2°/ taux de mortalité de la descendance des couples :

- de 0 à 5 ans
- de 5 à 35 ans
- et taux global de 0 à 35 ans.

3°/ Structures parentales.

Dans tous les cas où cela a été possible, nous avons classé les couples en catégories de prévalence.

- couples à prévalence maternelle
- " " " paternelle
- " équivalents.

Nous avons également tenu compte de la dissociation du couple lorsque celle-ci est intervenue avant que les enfants aient atteint 18 ans.

Nous étudions en définitive les groupes suivants :

- couples équivalents
- " à prévalence paternelle

- couples à prévalence maternelle
 - " dissociés par absence du père
 - " " " absence de la mère
 - " inexistants, les enfants ayant été abandonnés ou les deux parents étant décédés avant que leurs enfants aient 18 ans.

Nous avons enfin déterminé la prévalence potentielle au moment de la formation du couple et nous l'avons comparée à la prévalence observée au bout d'un certain temps d'existence du couple.

4°/ relations parents-enfant.

L'étude des relations mère-enfant et père-enfant est faite séparément. Elles sont suivant le cas qualifiées :

- de satisfaisantes
- ou de non satisfaisantes.

Méthode d'analyse statistique.

Nous n'avons à comparer dans ce travail que des moyennes ou des proportions.

Nous avons utilisé pour comparer les moyennes le test t d'après la formule suivante :

$$t = \frac{M - M'}{\sqrt{\frac{\sigma^2}{n} + \frac{\sigma'^2}{n'}}}$$

M et M' : moyennes des deux échantillons.

σ et σ' : écart type.

n et n' : effectifs des 2 échantillons.

nombre de degrés de liberté : $n + n' - 2 > 30$

Nous avons comparé les proportions le plus souvent, au moyen du test du χ^2 corrigé, selon la formule suivante :

$$\chi^2_c = \frac{(|ad - bc| - \frac{N}{2})^2 N}{(a + b)(c + d)(a + c)(b + d)}$$

a b c d représentent les termes des deux proportions.

N le total $a + b + c + d$.

Ces tests nous donnent la probabilité pour que la différence constatée entre les deux données comparées soit due au hasard.

On admet en biologie qu'un seuil de probabilité inférieur à 5 p.100 est statistiquement significatif. Dans un très grand nombre de cas nous avons observé des probabilités inférieures à 1 p.1000.

oOo

R E S U L T A T S

G L O B A U X

Nous analyserons successivement :

- la fécondité,
- la mortalité
- et la surmortalité masculine

parmi les descendance des couples étudiés au cours de notre enquête.

I. - LA FECONDITE

=====

COUPLES		Nombre d'enfants	Année moyenne de formation du couple.	Fécondité
Nature	Nombre			
Origine	138	564	1896	4,07
Procréation	121	172	1925	1,42
Total	259	736		2,85

Une telle différence entre les taux de fécondité des deux catégories envisagées n'est pas uniquement due aux périodes considérées comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 11 - Fécondité par périodes (source colloque du C.N.R.S.)

Périodes	Fécondité légitime pour 1 000. femmes mariables de 15 à 49 ans.
1856 - 1865	100
1866 - 1875	100
1876 - 1885	98
1886 - 1895	83
1896 - 1905	78
1906 - 1913	67
1926 - 1930	62

La fécondité légitime passe de 78 à 62 soit une diminution de 20,5 p.100 de 1896 à 1925 alors que, dans notre étude pour la même période elle baisse de 65,2 p.100.

Nous étudierons ultérieurement la variation du taux de fécondité en fonction des générations successives et des catégories de prévalence, mais nous pouvons déjà faire une analyse plus fine de la fécondité de nos familles en distinguant les couples dont tous les enfants ont dépassé 35 ans de ceux dont les enfants n'ont pas tous atteint cet âge.

Tableau n° 12 - Fécondité observée suivant l'année moyenne de formation du couple.

COUPLES	Année moyenne de formation du couple.	Taux de fécondité observé
<u>Origine</u>		
- descendance âge inférieur à 35 ans	1929	6
- descendance âge supérieur à 35 ans	1895	3,97
<u>Procréation</u>		
- descendance âge inférieur à 35 ans	1938	1,70
- descendance âge supérieur à 35 ans	1917	1,22

L'année moyenne 1917 ne reflète pas exactement la distribution des mariages des couples de procréation dont la descendance est âgé de plus de 35 ans car 4 seulement des 68 couples de cette classe se sont formés pendant la guerre 1914 - 1918.

Malgré tout, il ressort de l'étude du précédent tableau que la catégorie considérée : origine ou procréation semble être responsable de la différence des taux observés, l'année de formation du couple n'intervenant que secondairement et pour une part plus modeste. Nous verrons que cette différence s'explique par le fait que notre échantillon de couples d'origine n'est pas prélevé au hasard.

A notre avis, le taux de fécondité extrêmement faible des couples formés par nos malades : 1,42 alors que le taux de fécondité moyen s'établissait à 2,49 vers 1927 pour toute la France, est une des principales caractéristique de cet échantillon.

Il explique en partie la présence du malade à l'hôpital de chroniques et il montre en quoi cet échantillon n'est pas représentatif de la population générale de la France.

En étudiant maintenant la mortalité en fonction des catégories de prévalence nous allons voir que le taux de fécondité varie dans le même sens que celui de la mortalité masculine.

II. - LA MORTALITE

=====

Tableau n° 13 - Comparaison de la mortalité avant 5 ans chez les garçons (G) et les filles (F) de 259 couples de l'enquête.

COUPLES		Fécondité		Mortalité avant 5 ans			
Nature	Nombre	G	F	G		F	
				Nb.	p. 100	Nb.	p. 100
Origine	138	291	273	57	19,6	32	11,7
Procréation	121	87	85	17	19,6	16	18,8
Total	259	378	358	74	19,6	48	13,4

Nous n'avons pas déterminé dans ce tableau général la mortalité entre 5 et 35 ans car parmi les 736 enfants que groupe l'enquête tous n'ont pas encore atteint 35 ans.

Le tableau suivant rassemble les couples dont doute la descendance a dépassé 35 ans.

Tableau n° 14 - Fécondité et Mortalité des 198 couples de l'enquête dont la descendance a dépassé 35 ans.

COUPLES		FECONDITE		MORTALITE			
Nature	Nb.	G	F	G		F	
				avant 5 aqs	entre 5 et 35 ans	avant 5 ans	entre 5 et 35 ans
Origine	130	263	253	45	55	31	28
Procréation	68	40	42	13	-	12	5
Total	198	303	295	58	55	43	33
Mortalité en p. 100				19,2	18,2	14,6	11,2

Pour faciliter l'interprétation de ce tableau, nous exprimons les valeurs observées en pourcentages et nous opérons le regroupement des classes de mortalité.

Tableau n° 15 - Fécondité et mortalité en p. 100.

COUPLES		TAUX DE FECONDITE	MORTALITE AVANT 35 ANS EN p.100		
Nature	Nombre		G	F	G + F
Origine	130	3,97	38	23,3	30,8
Procréation	68	1,22	32,5	40,5	36,6
Total	198				
Moyennes		3,02	37,4	25,8	31,6

Nous constatons là encore la disparité des taux de fécondité entre les familles d'origine et de procréation 3,97 contre 1,22. Mais surtout une notion nouvelle apparaît celle de la surmortalité masculine parmi les couples d'origine. En comparant les moyennes il subsiste une surmortalité masculine avant 35 ans atteignant 11,6 p.100.

Les couples de procréation ne présentent pas cette particularité, nous en fournirons l'explication ultérieurement en faisant l'étude comparée des familles d'origine et de procréation. Disons tout de suite que la surmortalité féminine qui semble se dégager n'est pas statistiquement significative et qu'elle est le fait de la catégorie des couples à prévalence paternelle.

La surmortalité masculine qui fera l'objet du prochain paragraphe est par contre statistiquement très significative à un seuil de probabilité inférieur à 53 p.100.000.

$$\chi_c^2 = 12,3$$

$$P < 0,00053$$

III. - LA SURMORTALITE MASCULINE.

=====

Quelques études ont déjà été consacrées à ce sujet mais à notre connaissance aucune n'est basée sur un critère de prévalence à l'intérieur du couple parental.

Nous avons vu au chapitre des méthodes les différentes catégories de couples classés en fonction des structures parentales.

Nous allons répartir les résultats globaux exposés au tableau n° 14 en fonction des classes de prévalence et de dissocation.

Tableau n° 16 - Fécondité et mortalité des couples dont la descendance a dépassé 35 ans, toutes classes de prévalence et de dissociation - catégories d'origine et de procréation réunies.

COUPLES		FECONDITE		MORTALITE			
Nature	Nombre	G	F	G		F	
				avant 5 ans	entre 5 et 35 ans	avant 5 ans	entre 5 et 35 ans
Prévalence maternelle...	47	83	80	25	19	8	6
Prévalence paternelle...	16	10	17	-	2	4	3
Equivalents..	55	65	68	6	7	6	7
Absence du père	52	78	88	15	14	17	10
Absence de la mère	20	42	22	7	8	3	3
Inexistants...	8	25	20	5	5	5	4
	198	303	295	58	53	43	33

Pour la commodité des comparaisons nous exprimons les résultats du tableau précédent en pourcentages, nous déterminons les taux de fécondité et nous regroupons les mortalités avant 5 ans et de 5 à 35 ans.

Tableau n° 17 - Comparaison des taux de fécondité et de la mortalité exprimée en p.100 dans toutes les classes de couples origine et procréation réunies.

COUPLES		TAUX DE FECONDITE	MORTALITE DE 0 A 35 ANS EN p.100		
Nature	Nbre		G	F	Total G+F
Prévalence maternelle....	47	3,47	53	17,5	35,6
Prévalence paternelle....	16	1,6	20	41,2	33,3
Equivalents.....	55	2,42	20	19,1	19,6
Absence du père.....	52	3,19	37,2	30,7	33,7
Absence de la mère.....	20	3,20	35,7	27,3	32,8
Inexistants.....	8	5,62	40	45	42,2
Total.....	198				
Moyennes.....		3,02	37,4	25,8	31,6

Nous pouvons avoir une idée des classes à haute mortalité en étudiant les couples par ordre de mortalité totale décroissante.

1er groupe :

Couples inexistants

" à prévalence maternelle
" dissociés par absence du père

" à prévalence paternelle
" dissociés par absence de la mère.

2ème groupe :

Couples équivalents.

Nous avons distingué deux groupes car nous ne pouvons affirmer que l'ordre constaté à l'intérieur du 1er groupe n'est pas dû au hasard.

Disons toutefois qu'il n'est pas pour nous surprendre que les couples inexistants soient, dans notre échantillon, les plus meurtriers. Nous rangeons sous cette dénomination les fratries d'orphelins et d'enfants abandonnés. Or, la statistique de Spitz, que nous avons mentionnée dans l'introduction, montre en effet, que la mortalité des enfants élevés dans des conditions entraînant une carence affective quasi-complète, est considérable.

Nous avons classé dans un groupe à part les couples équivalents car la mortalité totale (garçons + filles de 0 à 35 ans) y est beaucoup plus faible et la comparaison avec la mortalité des autres catégories fait apparaître une différence statistiquement très significative à un seuil de probabilité inférieur à 53 p. 100.000.

$$\chi^2 = 12,109$$

$$P < 0,00053$$

Le tableau suivant fournit les éléments de ce calcul.

Tableau n° 18 - Comparaison de la mortalité dans les couples équivalents et dans l'ensemble des autres catégories réunies.

<u>COUPLES</u>		<u>nombre de</u> <u>descendants</u>	<u>mortalité générale</u> <u>avant 35 ans.</u>	
Nature	Nbre		En valeur	En p.100
Equivalents	55	133	26	19,6
Autres catégories	143	465	163	35,1
Total	198	598	189	31,6

Le tableau n° 17 montre enfin que la surmortalité masculine est l'apanage des couples à prévalence maternelle car aucune des différences constatées dans les autres catégories n'est significative du point de vue statistique.

Il en est ainsi également des couples à prévalence paternelle. La surmortalité féminine observée dans ce groupe n'est pas significative probablement à cause de la faiblesse numérique

des effectifs de cette classe.

Dans le but d'approfondir les données relatives à la prévalence maternelle, nous nous proposons d'isoler les couples de cette catégorie et d'étudier leur incidence sur la mortalité masculine.

Tableau n° 19 - Fécondité des couples à prévalence maternelle et mortalité de la descendance de ces couples - catégories d'origine et de procréation réunies.

COUPLES		FECONDITE		MORTALITE			
				G		F	
Nature	Nbre	G	F	avant 5 ans	entre 5&35ans	avant 5 ans	entre 5&35 ans
Prévalence maternelle..	47	83	80	25	19	8	6
Autres ca- tégories...	151	220	215	33	36	35	27
Total.....	198	303	295	58	55	43	33

Tableau n° 20 - Comparaison des taux de fécondité et de la mortalité exprimée en p.100 dans les couples à prévalence maternelle et dans tous les autres couples - origine et procréation réunies.

COUPLES		TAUX DE FECONDITE	MORTALITE EN p.100			
Nature	Nbre		G		F	
			avant 5 ans	entre 5 et 35ans	avant 5 ans	entre 5 et 35ans
Prévalence maternelle..	47	3,47	30,1	22,9	10	7,5
			53		17,5	
Autres ca- tégories	151	2,88	15	16,4	16,3	12,6
			31,4		28,9	

Après avoir exclu les couples à prévalence maternelle, nous constatons que la mortalité masculine est sensiblement équivalente à la mortalité féminine. C'est ce que nous montre la rubrique "autres catégories" où la mortalité des garçons avant 35 ans s'établit à 31,4 p.100, celle des filles à 28,9 p.100.

La faible différence qui subsiste 2,5 p.100 peut s'expliquer par le fait que parmi les couples classés sous la rubrique "autres catégories" figurent les couples dissociés par absence du père. Or, la majeure partie de ces couples sont également à prévalence maternelle.

Un taux de fécondité élevé nous paraît être une des caractéristiques fondamentales des couples à prévalence maternelle.

Mais l'extraordinaire discrimination suivant le sexe est le phénomène le plus frappant. La mortalité masculine avant 35 ans atteint 53 p.100 contre 17,5 p.100 pour la mortalité féminine.

Cette différence est statistiquement hautement significative à un seuil de probabilité inférieur à 1 p.100.000.

$$\chi^2 = 23,26$$

$$P < 1 \text{ p.100.000}$$

La mortalité masculine des familles à prévalence maternelle est également bien plus élevée que celle rencontrée parmi les couples des autres catégories 53 p.100 contre 31,4 p.100.

Cette différence est également statistiquement très significative à une probabilité inférieure à 91 p.100 000.

$$\chi^2_c = 11,16$$

$$P < 0,00091$$

L'étude statistique des résultats globaux nous permet d'affirmer les conclusions suivantes :

1°/ La mortalité totale (garçons + filles) de 0 à 35 ans la plus faible se rencontre dans la classe des couples équivalents.

2°/ L'ensemble des couples à prévalence maternelle et les couples des autres catégories ne constituent pas un échantillon homogène.

3°/ La classe des couples à prévalence maternelle diffère notamment des autres classes par la surmortalité masculine qu'on y rencontre.

4°/ Il existe une corrélation entre la prévalence maternelle et la surmortalité masculine chez les enfants.

5°/ Les couples à prévalence maternelle ont des taux de fécondité plus élevés que les couples de l'ensemble des autres classes.

oOo

DISCUSSION DES CRITERES
DE GROUPEMENT ET DES RESULTATS

DISCUSSION DES CRITERES DE GROUPEMENT

Parmi l'enchevêtrement des inter-relations familiales, l'attitude réciproque des partenaires dans le couple conjugal nous paraît tenir une place privilégiée, car elle conditionne dans une large mesure la relation parents-enfants, les rapports sociaux du groupe familial et même la relation fraternelle.

Nous avons étudié la relation triangulaire père-mère-enfant dans toutes les familles où cela a été possible et nous avons constaté une corrélation entre la prévalence maternelle et la non-satisfaction du comportement de la mère envers son enfant. Dans ce triangle père-mère-enfant, la connaissance des caractéristiques de la relation père-mère devrait permettre dans une large mesure d'apprécier a priori la composante mère-enfant. S'il s'agit de couples équivalents, la relation mère-enfant est presque toujours satisfaisante ; dans le cas des couples à prévalence maternelle elle est le plus souvent non satisfaisante.

Nous ne donnerons qu'un bref aperçu des relations parents-enfants, dont l'étude est en cours et dont les résultats feront l'objet d'une publication ultérieure. Nous allons faire par contre une plus large place à l'attitude réciproque des partenaires dans le couple parental.

I.

LE COUPLE PARENTAL

=====

Le rôle des parents a fait l'objet de nombreuses analyses et se dégage d'une manière très précise de la littérature. Il n'en est pas de même des relations conjugales qui, à notre connaissance, n'ont jamais été étudiées sous l'angle de la prévalence dans le couple et de la répercussion de cette situation sur la morbidité et la mortalité des enfants, même à long terme.

Certaines observations de troubles psychiques ont été rapportées à des relations père-enfant ou mère-enfant, inadéquates : il en est ainsi par exemple de la schizophrénie. Cette perspective ne rend pas compte de la complexité des interactions existant à l'intérieur de la constellation familiale. Elle ne constitue qu'une dimension de la relation triangulaire père-mère-enfant et est conditionnée dans une large mesure par l'attitude du couple considérée comme une unité dyadique.

En définitive, la relation unissant les deux parents peut être comparée à un moule qui marque de son empreinte toutes les relations au monde, qui auront été conditionnées par l'univers familial. L'empreinte laissée sur les enfants sera harmonieuse et bénéfique si le moule formé par les parents correspond à certaines structures psycho-biologiques que nous essaierons de dégager pour conclure ce travail.

Il est extrêmement difficile de juger de la qualité de la relation conjugale, car ce jugement suppose la référence à une relation idéale qu'il faudrait définir. Par contre, la simple observation d'un couple suffit à constater celui des deux partenaires qui "mène la barque".

En gros, nous avons appelé couple à prévalence maternelle le couple dirigé par la femme et couple à prévalence paternelle celui que l'homme dirige. Nous avons classé parmi les couples équivalents ceux qui n'entrent ni dans l'une ni dans l'autre catégorie.

La prévalence est un aspect dynamique de la relation conjugale sujette à des oscillations dont l'amplitude diminue sans doute avec le temps, car nous n'avons pas rencontré de cas d'inversion du sens de la prévalence dans la vie d'un même couple.

L'étude des familles d'origine des malades nous donne une idée de la relation conjugale dans la première moitié de la vie du couple ; celle des familles de procréation nous permet d'embrasser la totalité de l'existence du couple depuis sa formation et souvent jusqu'à sa dissolution.

Pour apprécier la prévalence nous avons retenu des critères biologiques, économiques et psychologiques.

1°/ Pour déterminer la prévalence biologique nous avons comparé les antécédents pathologique des partenaires du couple et accordé une présomption de prévalence à l'époux en parfaite santé si le conjoint est au contraire atteint de certaines maladies invalidantes : sclérose en plaques, antécédents de mal de Pott, de coxalgie, insuffisances respiratoire ou cardiaque sévères etc... ou bien si le conjoint souffre de maladies nécessitant des soins fréquents : diabète sucré, maladie d'Addison, ou encore si la santé du conjoint nécessite des précautions particulières : tuberculose pulmonaire par exemple.

Nous avons considéré que dans ces cas la maladie était une entrave au libre épanouissement de la vie et constituait une infirmité, une inégalité biologique.

Nous n'avons pas tenu compte des maladies aiguës quelle qu'ait été leur gravité si elles n'ont pas laissé de séquelles importantes. Nous n'avons pas non plus pris en considération les maladies habituellement attribuées à la sénescence : arthrose, polyarthrite chronique évolutive, artériosclérose et ses conséquences. Par contre, nous accordons une présomption de prévalence à l'époux qui vit au moins quinze ans de plus que l'autre c'est-à-dire plus de deux fois la différence entre les durées moyennes de vie chez l'homme et chez la femme.

2°/ La libre disposition de sa paie par le mari est un aspect économique du problème, qui nous a semblé primordial. Nous avons observé des ménages où la femme, non seulement exigeait du mari l'intégralité de sa paie, mais pour ne pas lui laisser d'argent de poche, achetait elle-même le tabac dont il pouvait avoir besoin.

Un de nos malades qui, avant son accident vasculaire, occupait un poste important dans une société administrée par la

famille de sa femme, était payé par chèque à l'ordre de celle-ci ...

Dans notre société, le mari a le devoir de subvenir aux besoins de sa famille, mais on ne peut parler de devoir que dans la mesure où il est libre de disposer du fruit de son travail. Ce n'était pas le cas de ce dernier malade. Le mari, qui se trouve dans l'obligation de réclamer de l'argent de poche à sa femme, est dans la même situation que l'enfant vis-à-vis de sa mère. C'est pourquoi, nous accordons une présomption de prévalence en faveur de la femme lorsque le mari lui remet l'intégralité de sa paie y compris les pourboires éventuels et une présomption en faveur du mari dans le cas contraire.

3°/ Lorsqu'il ne donne pas l'intégralité de sa paie, le mari peut ne conserver que son argent de poche et abandonner le reste à sa femme qui gère le budget familial et fait éventuellement des économies. C'est le cas que nous avons observé le plus fréquemment. Il peut encore ne verser à son épouse que la somme nécessaire aux besoins du ménage et disposer du reste à sa guise. Nous accordons une présomption de prévalence à l'époux qui prend en charge la gestion financière du ménage c'est-à-dire à celui qui met l'argent de côté pour les vacances, effectue éventuellement des placements etc...

4°/ La femme qui travaille au dehors au cours de la vie conjugale est plus indépendante que celle qui reste au foyer et nous avons marqué cette différence en attribuant une présomption de prévalence à l'épouse qui reçoit un salaire propre. Par contre, si le mari assume entièrement la responsabilité de l'entretien du ménage il bénéficie seul de cette présomption.

5°/ Nous tenons compte également de l'appréciation du malade sur son propre comportement dans sa famille de même que de son jugement sur sa famille d'origine. Nous prenons en effet en considération sa réponse à la question "Qui prenait les décisions dans le ménage ?" et nous accordons la présomption de prévalence à l'époux désigné par le malade.

6°/ L'autorité dans la famille trouve dans la relation parent-enfant un champ d'exercice idéal.

Le parent qui exerce l'autorité doit être capable de sévir lorsque c'est nécessaire. Il doit décider de la punition et assurer ou contrôler son application.

Il arrive encore souvent que l'exercice de la discipline prenne des aspects monstrueux sous forme de sévices envers

l'enfant. D'après Porot chaque année, il y a en France, 700 inculpations pour violences, sévices ou outrages à des enfants de moins de 15 ans.

Une de nos jeunes malades a dû passer toute une nuit d'hiver sur le balcon de l'appartement de sa mère à cause d'une désobéissance. Ce châtement déjà bien dur, pour un enfant en bonne santé devient révoltant lorsque l'enfant qui en est l'objet est infirme, comme c'est le cas de cette jeune malade qui présente une paraplégie polio-myélitique. Il va sans dire que sa mère n'a pas été inculpée pour autant. Cette malade est issue d'une famille qui ne figure pas dans nos statistiques globales car tous les enfants n'ont pas encore atteint 35 ans mais nous pouvons signaler que 10 des 12 garçons nés vivants de cette mère sont décédés en bas âge.

Quelle que soit la modalité d'exercice de l'autorité parentale, abusive ou non, nous accordons la présomption de prévalence à l'époux qui assume la discipline, en nous gardant de porter un jugement moral.

Dans plus de la moitié de nos observations elle est assurée conjointement par les deux parents.

7°/ Nous recherchons de même le parent qui surveille, contrôle et sanctionne le travail scolaire de ses enfants pour lui donner une présomption de prévalence.

Dans nos observations ce rôle est assez partagé et dépend le plus souvent du degré d'instruction des parents. C'est en général dans le milieu socio-économique dont sont issus nos malades, l'époux le plus instruit qui assume cette tâche.

8°/ Nous avons rencontré, plus fréquemment que nous le pensions au départ, des maris aidant leur femme aux travaux ménagers. Ils exécutent des travaux pénibles et simples : lavage de carreaux, nettoyage de parquets ; ils aident leur femme dans certaines tâches ménagères ne requérant aucune compétence particulière ; essuyer la vaisselle, les meubles, faire les courses. Mais le fait important est que la femme demeure la maîtresse de maison même lorsqu'elle travaille au dehors.

En gagnant sa vie, elle acquiert son indépendance et devient l'égale économique et sociale de l'homme. Dans son foyer elle est toujours reine et si elle ne peut plus suffire seule à sa tâche ménagère, elle demande l'aide du mari ou d'une tierce personne.

Si les ressources du couple le permettent, en engage une domestique. Sinon, le travail sera réparti par la femme entre son mari et elle.

C'est pourquoi nous avons accordé une présomption de prévalence à la femme dont l'époux aide habituellement aux travaux ménagers.

9°/ Nous n'avons rencontré que très rarement des couples dont le mari et la femme soient de religions différentes. Lorsque cette éventualité se produit nous cherchons à savoir si les enfants ont été élevés dans la religion du père ou de la mère et nous accordons une présomption de prévalence au parent qui a su imposer sa religion.

Après avoir analysé la position du couple pour chaque critère de prévalence nous exprimons le résultat global quantitativement, en fonction de la prévalence maternelle.

Si nous appelons :

- N_f le nombre de critères de présomption de prévalence de la femme,

et N_m le nombre de critères de présomption de prévalence du mari

la prévalence du couple P est donnée par la relation :

$$P = \frac{N_f}{N_f + N_m}$$

Ce rapport varie de 0 à 1

0 si $N_f = 0$

c'est-à-dire s'il n'y a pas de présomption de prévalence en faveur de la femme.

1 si $N_m = 0$

c'est-à-dire s'il n'y a pas de présomption de prévalence en faveur du mari.

Nous étudierons plus loin un autre aspect de la prévalence. Nous venons d'envisager la prévalence réelle, telle qu'on l'observe dans un couple après un certain temps de vie commune, mais nous n'avons pas envisagé les critères de prévalence qui existent au moment de la formation du couple avant que celui-ci ait fait l'expérience de la vie conjugale, et qui seraient en quelque sorte des critères de prévalence potentielle, conditionnant en partie la prévalence réelle.

Nous avons retenu comme critères de cette prévalence potentielle les facteurs suivants :

âge
situation sociale d'origine,
poids, taille, santé,
degré d'instruction.

La répartition des couples a été effectuée en fonction du rapport de prévalence de la manière suivante :

de 0 à 0,32 : prévalence paternelle
- 0,33 à 0,67 : équivalence
- 0,68 à 1 : prévalence maternelle

Nous avons obtenu les données du tableau n° 21.

Tableau n° 21 - Répartition des 259 couples de l'enquête en classes de prévalence et en couples dissociés.

COUPLES	ORIGINE	PROCREATION	TOTAL	
			Nbre	en p.100
- Prévalence maternelle.....	31	38	69	26,5
- Prévalence paternelle.....	7	10	17	6,6
- Couples équivalents.....	32	35	67	25,8
- Couples dissociés et inexistant	68	38	106	41
Total.....	138	121	259	100

Les deux cinquièmes des couples ont été dissociés avant que leur descendance ait atteint 18 ans :

46,2 p.100 des couples d'origine

31,4 p.100 " " de procréation.

Il y a donc une baisse de la fréquence de dissociation observée entre la génération d'origine et celle de procréation.

Cette différence est statistiquement significative à un seuil de probabilité inférieur à 1 p.100.

$$\chi^2 = 7,79$$

$$P < 0,01$$

Ce n'est donc pas par hasard que nos malades sont issus de couples dissociés.

On pourrait penser que les parents de nos malades se sont trouvés dans une classe d'âge particulièrement exposée aux risques de la guerre de 1914 - 1918. Or, il n'en est rien comme le montre le tableau n° 22, qui étudie trois causes de dissociation :

- décès du fait de la guerre
- décès par maladie ou accident
- divorce ou séparation.

Tableau n° 22 - Causes de dissociation des couples.

CATEGORIES DE COUPLES DISSOCIES	ORIGINE			PROCREATION		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
- Par absence du père	4	29	11	1	5	23
- Par absence de la mère.....	-	15	1	-	5	2
- Inexistants	1	4	3	-	-	2
Total	5	48	15	1	10	27
Total en p.100	7,4	70,5	22,1	2,6	26,3	71,1

(1) Guerre

(2) Maladies ou accidents

(3) Séparation ou divorce.

L'incidence de la guerre est donc faible dans notre échantillon. Cette constatation rend d'autant plus frappante l'observation de l'extraordinaire fréquence suivant laquelle nos malades ont perdu un ou deux de leurs parents avant l'âge adulte.

Rappelons que les deux tiers de nos malades hommes sont dans cette situation. Cette observation reste inexpiquée. Nous pouvons la rapprocher des constatations faites par Georges Menut dans sa thèse (citée par André Berge) sur l'influence de la dissociation familiale. Sur 839 enfants amenés à la consultation de neuropsychiatrie infantile 551 soit 65,6 p.100 appartiennent à des familles officiellement dissociées.

Il faut encore remarquer l'inversion de fréquence dans les causes de dissociation : la séparation cause secondaire dans les couples d'origine devient première dans les couples de procréation.

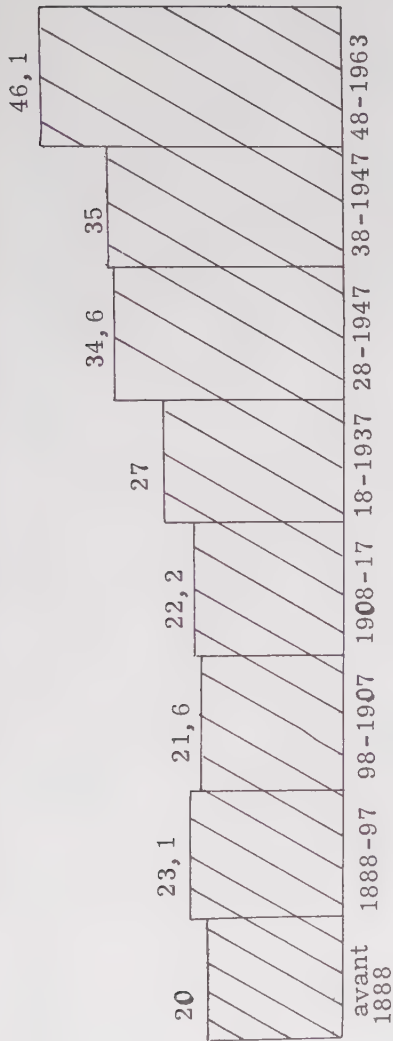
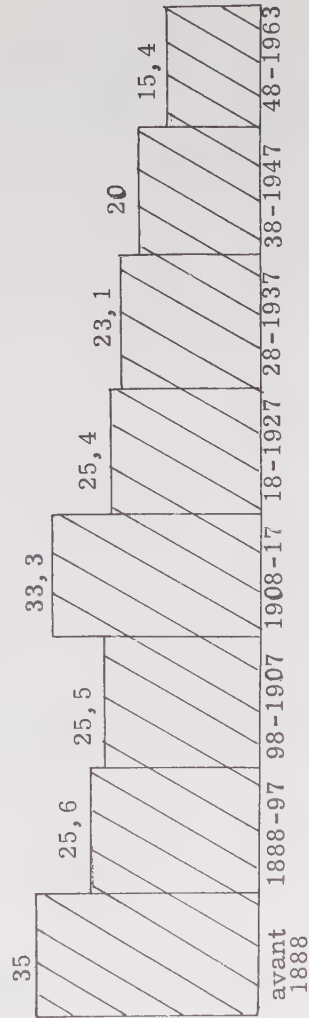
Une étude longitudinale des couples, par périodes décennales apporte peu d'éclaircissement sur le problème de la dissociation mais fait apparaître un phénomène nouveau : l'augmentation progressive de la fréquence de la prévalence maternelle dès avant la guerre de 1914 alors que corrélativement la fréquence des couples équivalents diminue. C'est ce que montre le graphique n°IV établi à partir des données du tableau n° 23.

La répartition en classes a été effectuée de la manière suivante :

- pour les couples d'origine : en fonction de l'année de naissance du malade.
- pour les couples de procréation : en fonction de l'année de naissance moyenne des enfants issus de ces couples.

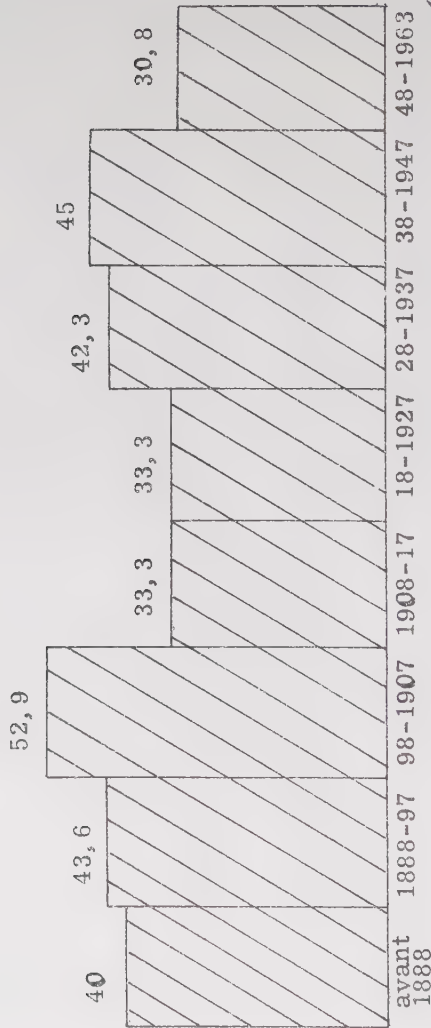
Graphique n° IV.

Comparaison par périodes de 1870 à 1963 des couples équivalents et à prévalence maternelle en p.100 du nombre total des couples de la décennie.

COUPLES A PREVALENCE MATERIELLECOUPLES EQUIVALENTS

Graphique n° V

Comparaison par décennie de 1870 à 1963 des couples dissociés, en p.100 du nombre total de couples de la décennie.



COUPLES DISSOCIÉS

Tableau n° 23 - Evolution longitudinale des couples d'origine par périodes décennales de 1888 à 1947. (Périodes extrêmes :

1° - 18 ans de 1870 à 1888

2° - 15 ans de 1948 à 1963.

CATEGORIES	avant 1888	1888 à 1897	1898 à 1907	1908 à 1917	1918 à 1927	1928 à 1937	1938 à 1947	1948 à 1963
Prévalence maternelle	4	9	11	6	17	9	7	6
Prévalence paternelle	1	3	-	3	9	-	-	1
Couples dissociés	8	17	27	9	21	11	9	4
Equivalent.	7 —	10 —	13 —	9 —	16 —	6 —	4 —	2 —
Total	20	39	51	27	63	26	20	13

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de l'évolution de la prévalence paternelle étant donné la faiblesse numérique des effectifs de ces couples.

Le graphique n° V rend compte des variations de fréquence des couples dissociés de 1870 à 1963 pour notre échantillon.

Le pic constaté pour la période 1898 - 1907 correspond aux dissociations causées par décès de guerre. Les enfants nés pendant cette période n'avaient pas 18 ans au décès de leur père à la guerre de 1914.

Les critères de prévalence adoptés permettent une classification des couples a posteriori. L'interprétation ou la quanti-

fication des critères traduit le résultat de l'affrontement des partenaires du couple.

Nous nous sommes demandé s'il n'était pas possible de prévoir le sens de la prévalence au moment de la formation du couple.

Or des études récentes ont établi des corrélations entre des facteurs somatiques et d'adaptation sociale d'une part, le milieu social et la provision affective reçue d'autre part.

Les Allemands Kerner et Schwarz ont montré que le poids, la taille, l'état de santé sont moins bons chez les enfants de famille nombreuse et ceux des ouvriers non qualifiés que dans les autres catégories de familles.

Les Américains Patton et Gardner ont mis en lumière l'influence décisive du rejet, de l'isolement et de la négligence maternels sur le retard dans la croissance, dans la maturation des épiphyses et dans le développement psychomoteur des enfants.

Oppel, Ridder et Harper ont étudié sur 1 000 cas l'influence de la privation maternelle sur la réussite et l'adaptation de l'enfance. Ils ont montré une relation significative entre le quotient intellectuel et le degré de privation maternelle. (Sans privation 99,3, extrême privation 88,3).

Comme l'écrit André Berge : "Les travaux de Spitz à New-York, de Bowlby à Londres, de Mme Roudinesco à Paris, d'Anna Freud et d'autres encore ont montré avec précision les effets que pouvait provoquer le manque d'amour maternel sur un tout petit : le développement physique (poids, taille), le développement intellectuel, moral, social en sont affectés. La morbidité et la mortalité chez ces enfants privés de la vitamine "amour maternel" sont statistiquement beaucoup plus grandes que chez des enfants témoins qui n'ont pas été privés de ce facteur".

Donc, tout se passe comme si les processus biologiques aboutissant à la maturation progressive et totale (physique, intellectuelle, affective et sociale) de l'être réclamaient pour se poursuivre harmonieusement le concours d'une certaine dose et d'un type de relations avec une certaine mère ou son substitut.

Personnellement, nous allons plus loin et nous disons que ce qui est nécessaire à la maturation de l'être ce n'est pas seulement la bonne relation à la mère, c'est l'existence de certaines structures parentales. Nous pensons en effet que les relations mère-enfant et père-enfant sont en interdépendance avec la

relation mari-femme. Le "bon" père et la "bonne" mère ne peuvent être que de "bons" époux.

Les processus de maturation se traduisent chez le sujet en termes somatiques : poids, taille, santé ; psychiques : instruction et sa conséquence sociale : profession.

Il existe malgré tout une inégalité de base qui est pour certains un tremplin ; la situation sociale d'origine.

Enfin l'âge nous semble jouer un rôle important favorisant le sujet le plus âgé.

L'étude de ces facteurs que nous reprenons succinctement nous a permis de déterminer une prévalence potentielle au moment de la formation du couple.

1° - Age

Le mari est dans les couples occidentaux, généralement plus âgé que sa femme. L'époux le plus âgé bénéficiant d'une expérience supérieure à celle de son conjoint, nous avons établi la cotation suivante :

- Femme plus âgée que son mari
1 point au bénéfice de la femme.

- Mari ayant entre 1 et 15 ans de plus que son épouse
1 point au bénéfice de l'homme

au delà de 15 ans il existe une zone d'incertitude et nous ne tenons plus compte de la différence d'âge.

2° - Situation sociale d'origine

Nous donnons 1 point à l'époux issu du milieu social le plus élevé. La majorité des couples étudiés sont formés de partenaires issus de milieux sociaux semblables.

3° - Poids - Taille - Santé

Statistiquement l'homme est plus grand et plus lourd que la femme.

Nous n'avons donc tenu compte que des différences de poids et de taille en faveur de la femme.

Nous lui accordons 1 point si elle est plus grande que son mari et encore 1 point si son poids est plus élevé.

Si nos hypothèses sont exactes ce procédé de cotation devrait favoriser la précision de la détermination de la prévalence maternelle puisque nous ne faisons jouer le poids et la taille que lorsque la comparaison est en faveur de la femme.

Nous verrons que nos résultats confirment en effet nos prévisions.

De même que dans la détermination de la prévalence a posteriori nous accordons 1 point à l'époux en meilleure santé. Nous avons surtout cherché à savoir si l'un des conjoints n'avait pas de malformation congénitale ou acquise au moment de son mariage ou de séquelles visibles de maladies.

4° - Instruction - Profession.

La comparaison des degrés d'instruction ajoute 1 point supplémentaire à l'époux le plus instruit.

En ce qui concerne la profession la cotation est fonction des cas d'espèces. D'une manière générale nous accordons le point à l'époux qui exerce la profession la plus lucrative.

La cotation allant théoriquement de + 5 en faveur de l'homme à - 7 en faveur de la femme, nous avons converti les points en pourcentages en fonction de la prévalence maternelle potentielle.

+ 5	_____	0 p.100	de prévalence maternelle potentielle				
0	_____	50	"	"	"	"	"
- 7	_____	100	"	"	"	"	"

Pour éviter toute ambiguïté nous parlons de rapport de prévalence en cas de prévalence observée et de pourcentage de prévalence en cas de prévalence potentielle.

Nous avons abordé le problème de la corrélation entre la prévalence potentielle et la prévalence observée de la manière suivante :

- Nous avons calculé parmi les couples à prévalence maternelle et paternelle la fréquence de concordance entre ces deux types de prévalence.

- Nous avons enfin vérifié la concordance entre la prévalence potentielle et le sens de la prévalence observée.

Nous n'avons pas pu déterminer le rapport ou le pourcentage de prévalence dans tous les couples soit à cause de l'imprécision de certaines réponses soit surtout par impossibilité, notamment dans le cas des couples dissociés alors que l'enfant était en bas âge ou encore dans le cas d'enfants abandonnés.

Tableau n° 24 - Comparaison des prévalences potentielles et observées dans les couples à prévalence maternelle et paternelle.

CLASSES DE PREVA- LENCES ET CATEGO- RIES DE COUPLES	Nb. de couples	Prévalence poten- tielle		Concor- dance	Concor- dance en p.100
		(1)	(2)		
- <u>Prévalence ma- ternelle</u>					
Origine.....	23	22	1	22	100
Procréation...	33	31	2	24	77
	—	—	—	—	—
Total.....	56	53	3	46	86
- <u>Prévalence pa- ternelle</u>					
Origine.....	4	3	1	2	67
Procréation..	9	9	-	8	89
	—	—	—	—	—
Total.....	13	12	1	10	83
Total général	69	65	4	56	86

(1) déterminée

(2) indéterminée.

Ce résultat est statistiquement hautement significatif à une probabilité inférieure à 1 p.100 000.

$$\chi^2 = 20,869$$

$$P < 0,00001$$

Nous avons considéré la prévalence potentielle comme indéterminée lorsque le pourcentage calculé est de 50 p.100.

Le tableau n° 24 montre que lorsqu'il s'agit de couples extrêmes où la prévalence d'une partenaire est nette sinon pathologique, la concordance entre les deux types de prévalence est remarquable.

Il n'en est pas tout à fait de même lorsque nous cherchons à comparer la prévalence potentielle à la prévalence observée dans toutes les classes de couples.

Nous considérons comme concordants deux résultats indiquant le même pôle de prévalence, c'est-à-dire lorsque le rapport de prévalence est supérieur à 0,50 et le pourcentage de prévalence potentielle supérieur à 50 p.100 ou inversement.

Tableau n° 25 - Comparaison de la prévalence potentielle et du sens de la prévalence observée pour toutes les classes de couples.

POLE DE LA PREVALENCE POTENTIELLE	Nb. de couples étudiées	Fréquences des			Concordance en p. 100
		concordances	discordances	équivalences	
Féminin	98	82	12	4	87
Masculin	51	26	19	6	52
	149	108	31	10	78

Nous pouvons conclure de l'examen de ce tableau qu'il est possible de connaître les couples à prévalence maternelle dès la formation du couple, avec seulement 1 chance sur 8 de se tromper mais qu'il est impossible de déterminer les couples à prévalence paternelle.

La femme qui est destinée par nature à porter la vie, est peut être dotée d'une force psychique et biologique particulière ne se retrouvant pas chez l'homme et qui expliquerait en outre sa longévité moyenne supérieure à celle de l'homme. En tenant compte de cette hypothèse il serait possible d'obtenir une concordance meilleure.

Quoi qu'il en soit la classification n'a été effectuée qu'en fonction de la prévalence observée au bout de quelques an-

nées d'existence du couple et notre méthode de chiffrage fait que nous n'avons porté en classe de prévalence, que les couples dont la prévalence transparaît avec évidence à l'analyse des réponses aux questionnaires.

Toutefois, un problème s'est encore posé celui des mères seules et des pères seuls. Comme nous l'avons déjà dit il n'a pas toujours été possible de déterminer la prévalence, dans les couples d'origine dissociés, car le malade était trop jeune au moment du drame ou bien dans les couples de procréation à cause de la durée trop faible d'existence du couple.

Le tableau n° 26 indique la répartition de ces couples en classes de prévalence.

Tableau n° 26 - Répartition des couples dissociés et inexistants en classes de prévalence.

COUPLES DISSOCIES ET INEXISTANTS		FREQUENCE DES COUPLES DANS LES CLASSES SUIVANTES			
Désignation	Nb.	Prévalence mater- nelle	Prévalence pater- nelle	Equiva- lence	Indéter- minations
- Absence du père en p. 100	73	32 65,3	3 6,1	14 28,6	24 -
- Absence de la mère en p. 100	23	8 40	4 20	8 40	3 -
- Inexistants en p. 100	10	4 80	- -	1 20	5 -
Total.....	106	44	7	23	32
- en p. 100		59,5	9,5	31	

Les pourcentages ont été calculés en fonction du total des couples dont la prévalence est connue.

Si nous nous reportons au tableau général n° 21 nous constatons que parmi les couples non dissociés la proportion de pré-

valence maternelle est de 69 sur 153 soit 45,1 p.100.

La répartition en classes de prévalence des couples dissociés par absence du père diffère de la répartition générale d'une manière significative par la fréquence qu'on y rencontre des couples à prévalence maternelle.

$$\chi^2 = 5,281$$

$$P < 0,02$$

On pourrait objecter que nous avons tenu compte du décès du père comme critère de détermination de la prévalence maternelle et qu'il ne faut donc pas s'étonner de trouver une fréquence plus grande des couples de cette classe parmi les couples dissociés.

Il convient toutefois de rappeler que la dissociation du couple peut être le fait du décès du conjoint ou de la séparation des époux et que nous n'accordons une présomption de prévalence que s'il a été possible d'établir qu'un des conjoints a vécu au moins quinze ans de plus que l'autre.

Enfin, remarquons qu'en ne tenant pas compte de ce critère, 2 seulement des 32 couples classés en prévalence maternelle deviennent équivalents avec un rapport de prévalence de 0,64 alors que les limites de cette dernière classe vont de 0,33 à 0,67.

II.

LES RELATIONS PARENTS-ENFANTS

Il ne s'agit plus ici de prévalence, mais de relations satisfaisantes ou non dans la perspective de l'épanouissement total de l'enfant et non pas dans la perspective de la conformité aux habitudes culturelles.

La mère qui est culturellement et socialement jugée comme excellente n'est pas obligatoirement "biologiquement appropriée".

Nous appelons parents satisfaisants, des parents dont le comportement est biologiquement approprié et orienté dans le "sens de la vie" c'est-à-dire vers la défense et l'épanouissement de la vie à laquelle ils ont donné naissance.

Nous allons illustrer succinctement les termes de "biologiquement approprié" et de "sens de la vie" par quelques exemples.

Il convient tout d'abord de remarquer l'inégalité des rôles des deux parents vis-à-vis de l'enfant, inégalité non pas tant qualitative car nous pensons que sous cet angle, ils ont tous deux un rôle important dans le développement de la personnalité de l'enfant, que surtout quantitative, la mère passant un temps plus grand avec son enfant surtout dans les premières années. Nous emprunterons donc les exemples à la relation mère-enfant.

Nous trouvons des comportements biologiquement inappropriés dans la vie de tous les jours, alimentation, éducation de la propreté, attitude de la mère vis-à-vis des chagrins de l'enfant, jeux, etc...

Il existe chez le nouveau-né des systèmes de défense, des "tampons", qui par exemple interdisent toute absorption de nourriture au-delà d'une certaine quantité ou qui interviennent lorsque la nourriture ne convient pas au bébé.

Une mère peut violer les systèmes tampons qui protègent l'enfant contre les absorptions indésirables. Dans un premier temps le bébé réagit en essayant de rejeter la cuillère avec le bras ou bien il détourne la tête. Cette défense est vite vaincue et la cuillère va tenter de forcer la deuxième défense du bébé, la bouche fermée. Lorsque dans un troisième temps la défense bouche fermée aura été forcée l'enfant essaie de rejeter la nourriture en la bloquant avec la langue. Devant l'insistance de la mère il sera bientôt obligé de déglutir et la seule défense qui lui reste est alors le vomissement.

"Pendant la plus grande partie du repas l'organisme du nourrisson est en état de contre-mobilisation c'est-à-dire qu'il est mobilisé pour résister et fuir au lieu de l'être pour consommer. Ceci est nettement inapproprié biologiquement parlant". (Jules Henry).

Dans cette attitude, la mère considère qu'elle a le droit de forcer un enfant contre sa volonté et qu'il ne faut pas tenir compte des caprices de l'enfant. C'est une attitude culturelle car il est traditionnel de considérer que l'homme est supérieur à la nature.

C'est également dans la vie de tous les jours que nous pouvons relever des exemples de comportements qui ne vont pas dans le sens de la vie.

La vie comporte des risques : risques d'accidents, de maladies, de retournements de situations etc...

L'enfant doit donc très tôt faire l'apprentissage des petits risques pour être en mesure plus tard d'affronter la vie dans les meilleures conditions.

C'est pourquoi nous pensons que l'attitude d'une mère "couveuse" joue un rôle néfaste dans le développement de son enfant.

Ne va pas non plus dans le sens de la vie, le comportement de la mère "domeneering and controlling" des auteurs anglo-saxons (Jan Ehrenwald). Cette mère pourvoit à tout, contrôle les moindres gestes de ses enfants, inhibe leurs moindres désirs ou les prévient, et est d'une propreté méticuleuse dans son ménage et dans la tenue vestimentaire de ses enfants. C'est ainsi, par exemple, que le père et les enfants sont obligés de chauffer des patins pour circuler dans l'appartement, que les enfants doivent veiller à ne pas salir leurs vêtements etc...

Le caractère pathogène de ces comportements est confirmé par les travaux de Spitz sur les premières années de la vie de l'enfant mais nous pensons que leurs effets se font sentir bien au-delà de la première enfance.

Pour avoir des réponses objectives nous avons posé des questions d'apparence anodine valorisant plutôt l'image parentale mais dont les réponses traduisent parfois des tendances profondes à un comportement biologiquement inapproprié.

Nous n'analyserons pas ces questions car nous n'avons effectué qu'un travail très partiel cherchant seulement à vérifier s'il existait une corrélation entre la prévalence maternelle et la satisfaction.

Tableau n° 27 - Répartition des classes de couples à prévalence maternelle et des couples équivalents en fonction de la satisfaction.

RELATION MERE - ENFANT	<u>Couples à prévalence maternelle</u>	<u>Couples équivalents.</u>
Satisfaisante	17	24
non satisfaisante	21	7
	38	31

Les couples équivalents sont donc en général satisfaisants. Il n'en est pas de même des couples à prévalence maternelle dont la majorité est non satisfaisante. La différence est statistiquement significative à un seuil de probabilité inférieur à 1 p.100.

$$\chi^2 = 8,97$$

$$P < 0,01$$

La relation parents-enfant qui est en corrélation avec l'attitude réciproque des partenaires du couple, semble en fait dépendre de cette dernière.

Mais le présent travail ne fait qu'effleurer ce problème dont nous donnerons un plus ample développement dans une étude ultérieure. Nous avons surtout cherché à traduire l'attitude **réciproque** des sexes dans le couple conjugal en termes de prévalence et à vérifier que cette attitude était en corrélation avec la fécondité du couple et la mortalité des enfants.

DISCUSSIONS DES RESULTATS

I. - LA FECONDITE

=====

Dans le chapitre "Résultats Globaux" le tableau n° 17 donne les taux de fécondité dans toutes les classes de couples dont la descendance a plus de 35 ans.

Nous pouvons distinguer 3 groupes de classes par ordre de fécondité décroissante.

Tableau n° 28 - Classification des couples (dont la descendance a plus de 35 ans) en fonction des taux de fécondité - catégories d'origine et de procréation réunies.

GROUPES DE CLASSES	Nbre de couples par classes.	Taux de fécondité
<u>1er groupe</u>		
Couples inexistants	8	5,62
<u>2ème groupe</u>		
Prévalence maternelle	47	3,47
Absence de la mère	20	3,20
Absence du père	52	3,19
<u>3ème groupe</u>		
Equivalents	55	2,42
Prévalence paternelle	16	1,6
Total et taux moyen	198	3,02

Il existe une règle démographique rapportée par Dubos selon laquelle les naissances sont les plus nombreuses dans les régions où la mortalité est la plus élevée, qu'il s'agisse des parents ou des enfants.

Cette règle s'appliquerait-elle au monde familial ?

Elle expliquerait le taux de fécondité élevé des couples inexistantes, c'est-à-dire des familles où les parents sont morts ou ont abandonné leurs enfants avant l'âge de 18 ans.

On comprendrait de même les taux de fécondité assez élevés des couples de mères seules ou de pères seuls, notamment quand l'un des deux parents est mort.

Cette hypothèse jetterait enfin une lumière inquiétante sur la nature de la relation conjugale dans les couples à prévalence maternelle. Elle laisserait en effet supposer que la présence du père n'y est que virtuelle...

L'hypothèse semble d'ailleurs corroborée par le fait que les classes ayant la plus forte mortalité dans leur descendance sont précisément et dans l'ordre de mortalité décroissante :

Les couples inexistantes

"	"	à prévalence maternelle		
"	"	dissociés par absence du père		
"	"	"	"	" de la mère.

Les couples à prévalence paternelle n'échappent qu'apparemment à cette explication car étant donné l'importance quantitative de la relation mère-enfant la présence maternelle ne saurait être virtuelle, sauf quand la mère ne garde pas son enfant près d'elle.

Les couples à prévalence paternelle ne peuvent donc pas être symétriques des couples à prévalence maternelle dans le domaine de la fécondité. Ils n'en sont pas moins pathologiques et l'on sait le taux de mortalité élevé de leur descendance.

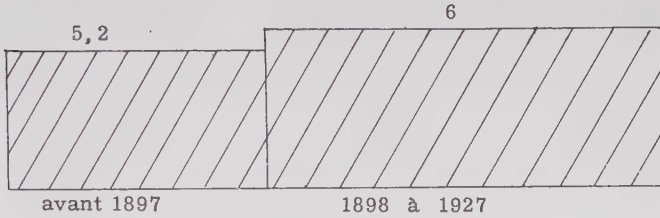
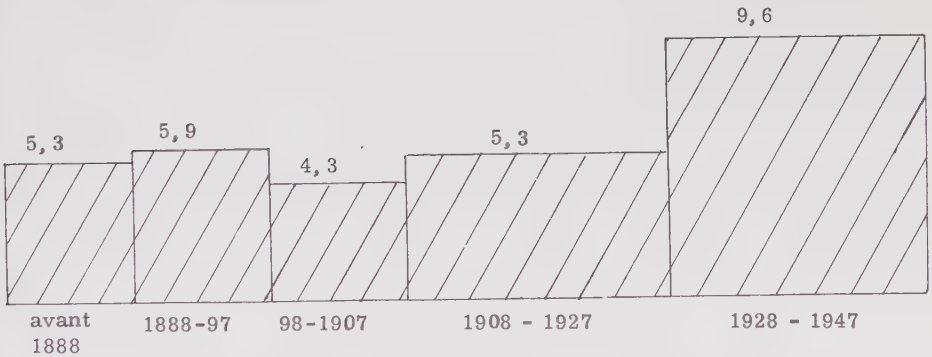
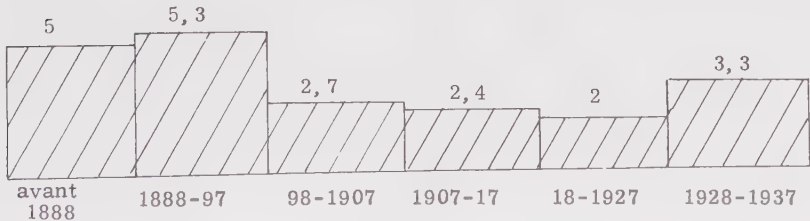
Nous avons déjà dit l'extraordinaire différence entre la fécondité des couples d'origine et celle des couples de procréation :

Les taux de fécondité sont respectivement de 3,97 et 1,22 pour les couples d'origine et de procréation dont la descendance a dépassé 35 ans.

1 - Si nous étudions la fécondité des couples d'origine par périodes nous constatons un phénomène curieux qui apparaît sur les graphiques VI et VII.

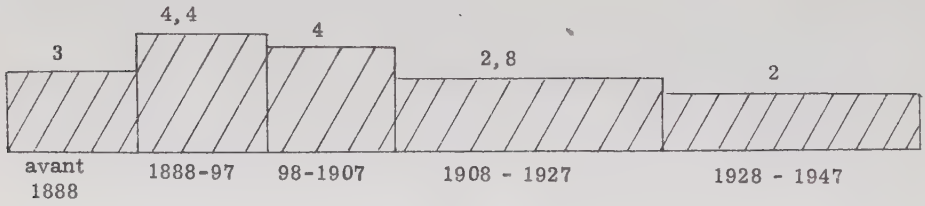
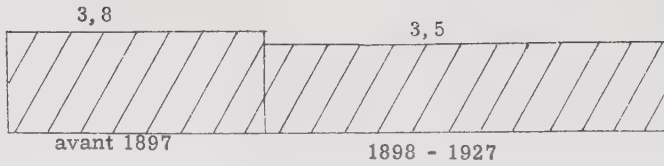
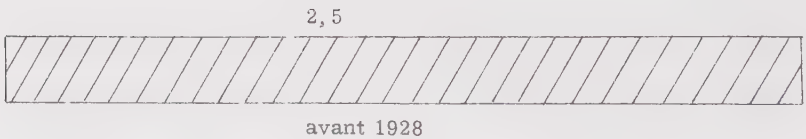
Graphique n°VI.

Evolution par périodes des taux de fécondité chez les couples inexistants, à prévalence maternelle et dissociés par absence du père - catégories d'origine.

I. - COUPLES INEXISTANTSII. - COUPLES A PREVALENCE MATERNELLEIII. - COUPLES DISSOCIES PAR ABSENCE DU PERE

Graphique n VII.

Evolution par périodes des taux de fécondité chez les couples équivalents, dissociés par absence de la mère, et à prévalence paternelle - catégories d'origine.

I. - COUPLES EQUIVALENTSII. - COUPLES DISSOCIES PAR ABSENCE DE LA MEREIII. - COUPLES A PREVALENCE PATERNELLE

Les couples équivalents et les couples dissociés par absence du père présentent une baisse progressive et à peu près parallèle de leurs taux de fécondité ; par contre les couples à prévalence maternelle qui amorcent une évolution parallèle aux deux classes précédentes jusqu'en 1907, s'en distinguent à partir de cette date et présentent alors une évolution inverse, comme s'il se produisait un phénomène de compensation. La fécondité de la classe des mères seules dont le taux de prévalence est élevé amorce d'ailleurs également une légère ascension à partir de 1928.

On ne peut pas tenir compte des autres histogrammes car leurs nombres respectifs de classes d'âge sont trop faibles.

Les classes d'âge ont été établies en fonction de l'année de naissance des malades des couples étudiés.

2 - Nous ne pouvons comparer l'évolution des couples de procréation à celle des couples d'origine car les classes d'âge ne se recouvrent pas, ayant subi un déplacement dans le temps qui équivaut à peu près à une génération.

En ce qui concerne les couples de procréation, les classes d'âge ont été établies en fonction de l'année de naissance moyenne de la descendance de ces couples.

La classification par taux de fécondité décroissante permet de respecter les 3 groupes déterminés au tableau n° 28 pour les catégories d'origine et de procréation réunies.

Tableau n° 29 - Taux de fécondité des classes de couples en fonction de la catégorie de procréation :

1° - Lorsque la descendance a plus de 35 ans

2° - Lorsque la descendance a entre 16 et 35 ans.

GROUPES DE CLASSES	descendance née avant 1928		descendance née entre 1928 et 1947	
	Nb. de couples	Taux de fécondité	Nb. de couples	Taux de fécondité
1 ^{er} groupe Couples inexistants	-	-	2	2,50
2 ^{ème} groupe				
Absence du père	11	1,55	18	2,38
Absence de mère	5	2,20	2	1,50
Prévalence maternelle	19	1,37	19	1,53
3 ^{ème} groupe				
Prévalence paternelle	9	1	1	1
Equivalents	24	0,79	11	0,82
Total.....	68	1,22	53	1,70

La classe d'âge antérieure à 1928 comporte un effectif de 68 couples et 82 enfants, celle de 1928 à 1947 un effectif de 53 couples et 90 enfants.

Les conclusions suivantes peuvent être tirées de l'étude de la fécondité parmi notre matériel :

1°/ La différence entre les taux moyens de fécondité pour les catégories d'origine (3,97) et de procréation (1,22) ne peut s'expliquer par référence à la période considérée ainsi que nous l'avons vu au chapitre des résultats globaux.

2°/ Il semble que les naissances soient les plus nombreuses dans les familles où la mortalité est la plus élevée.

3°/ En dehors des couples inexistant, le taux de fécondité le plus élevé se rencontre parmi les couples à prévalence maternelle.

Avant de confronter nos observations à celles des démographes, nous devons faire la remarque préliminaire suivante : nous avons étudié deux générations successives la seconde étant issue de la première.

Ce ne sont donc pas deux échantillons prélevés au hasard et indépendants. La génération ancienne, celle représentée par les couples d'origine, est connue de nous justement pour cette raison que chaque famille a des enfants, dont l'un est le malade.

Il est donc logique que le taux moyen de fécondité de cette catégorie de couples soit supérieur à la moyenne générale d'un échantillon de cette génération, pris au hasard.

La génération nouvelle, celle des malades, n'est pas non plus représentative de la population de la Seine dont elle provient pourtant. Nous l'avons vu au chapitre du Matériel : notre échantillon est constitué de malades chroniques, pour la plupart enfants de mères seules ou de couples dissociés, benjamins de fratrie ou enfants uniques, veufs, divorcés ou célibataires.

Mais si notre étude ne nous permet pas de tirer de conclusions concernant l'évolution démographique générale, elle n'en éclaire pas moins un aspect très important des rapports démographiques entre générations.

Disparité des taux de fécondité des deux générations.

C'est dans cette perspective que nous devons comparer la disparité des taux de fécondité des deux générations.

Tableau n° 30 - Taux de fécondité et fréquence en p.100 des couples d'origine et de procréation.

- descendance de plus de 35 ans.

COUPLES	CATEGORIES			
	Origine		Procréation	
	Fréquences des couples en p.100	Taux de fécondité	Fréquences des couples en p.100	taux de fécondité
Prévalence maternelle	21,5	4,9	27,9	1,37
Couples dissociés	49,3	4,2	23,5	1,75
Couples équivalents	23,8	3,7	35,3	0,79
Prévalence paternelle	<u>5,4</u>	2,6	<u>13,3</u>	1
Total.....	100		100	

Remarquons tout d'abord que le taux de fécondité moyen des couples à prévalence maternelle diffère dans la catégorie d'origine du taux de fécondité moyen des couples à prévalence paternelle d'une manière statistiquement significative au seuil de probabilité inférieur à 1 p.100.

$$t = 2,952$$

$$P < 0,01$$

Le premier point qui se dégage de cette comparaison, c'est la diminution de la fréquence des couples dissociés d'une génération à l'autre alors qu'augmente corrélativement la fréquence des couples dans les autres classes. Le second point est la baisse constante du taux de fécondité pour chaque classe d'une génération à l'autre.

La diminution de la fréquence des couples dissociés s'accompagne d'une inversion des causes de dissociation :

70 p.100 de décès - 22 p.100 de séparation dans la génération ancienne.

26 p.100 de décès - 71 p.100 de séparation dans la génération nouvelle.

La mortalité précoce est donc moindre pour les conjoints de la catégorie de procréation que pour ceux de la catégorie d'origine.

Nous constatons que les taux de fécondité les plus élevés se rencontrent parmi les classes de couples dissociés et à prévalence maternelle dans les deux catégories d'origine et de procréation. L'hypothèse avancée au début de ce chapitre, selon laquelle les naissances sont les plus nombreuses dans les familles où la mortalité est la plus élevée, se vérifierait-elle encore?

La baisse constante des taux de fécondité d'une génération à l'autre n'est pas particulière à notre échantillon. En effet, comparons les taux de fécondité moyens de notre échantillon à ceux de la population générale de la France pour les mêmes périodes.

Tableau n° 31 - Comparaison des taux de fécondité des 198 couples dont la descendance a dépassé 35 ans à ceux de la population générale de la France, pour les dates moyennes de formation des couples d'origine et de procréation.

<u>TAUX DE FECONDITE</u>	<u>CATEGORIES</u>	
	<u>Origine</u>	<u>Procréation</u>
	1896	1925
Echantillon étudié	3, 97	1, 22
Population générale de la France	3, 13 (1)	2, 49

(1) Taux approximatif calculé.

La baisse du taux de fécondité est de 69 p.100 dans notre échantillon contre seulement 24 p.100 dans la population générale de la France.

L'échantillon étudié ne diffère pratiquement de la population générale que par le taux de fécondité bas des couples de procréation. Quant au taux de 3, 97 il est normal qu'il soit plus élevé que celui de la population générale étant donné la sélection opérée par la nature même de notre échantillon qui ne comprend que des couples ayant au moins un enfant. Nous ne connaissons ces couples que par leurs enfants, les malades eux-mêmes.

La disparité des taux de fécondité semble donc pouvoir s'expliquer de la manière suivante :

Le taux de fécondité très bas des couples de procréation est une caractéristique essentielle de ces couples qui explique en partie l'hospitalisation des malades, comme nous l'avons vu au chapitre Matériel. Nous avons donc étudié un échantillon de malades qui est en fait une sélection de couples à taux de fécondité bas. Mais ces malades sont issus de parents dont la fécondité est comparable à celle de la population dont ils font partie, à cette réserve près qu'ils ont tous au moins un enfant.

Fécondité et structure du couple.

Dans une étude sur les causes de la reprise de la natalité en France Sutter et Bastide font entrevoir les mécanismes de la fécondité.

Ils écrivent : "l'influence exclusive des facteurs économiques, qui apparaît nettement d'après la date de reprise de la natalité, ne saurait suffire à expliquer l'ensemble du phénomène ...

De plus on a vu précédemment que la reprise de la natalité depuis une vingtaine d'années est un phénomène général dans le monde.

On l'observe dans de très nombreux pays de civilisation occidentale, même dans ceux où la politique d'aide à la famille est moins importante, voire même inexistante ...

Mais s'il est évident que la politique en faveur de la famille a causé un choc, et joué un rôle dans la reprise de la natalité, rien ne prouve que le redressement doive lui être imputé en totalité. On peut estimer qu'il y a d'autres causes plus profondes et plus générales.

Pour mieux s'efforcer de dégager les causes du renouveau démographique actuel, il convient aussi d'envisager l'évolution des structures familiales, sous l'effet de la civilisation industrielle et du développement technique.

Ces changements, amorcés au cours du XIXe siècle, se sont poursuivis depuis une soixantaine d'années à un rythme qui se précipite. Dans ce courant de transformation de la société, le rôle de la famille comme les fonctions familiales ont elles-mêmes profondément évolué, et l'on assiste à une désintégration des formes traditionnelles de la famille. L'autorité autrefois concentrée

entre les mains du père, s'est divisée et diffusée. L'intégration traditionnelle s'est dissoute "c'est la perte matérielle de l'intégration, dit J. Stoezel, qui entraîne des conséquences psychologiques, sociales et morales".

L'étude de notre échantillon de malades nous a donc permis d'isoler un des facteurs du mécanisme de la fécondité : la structure du couple.

Nous avons vu l'évolution de ces structures de 1870 à 1963 dans les graphiques n° IV et V. Nous avons remarqué l'augmentation progressive de la fréquence des couples à prévalence maternelle par périodes décennales et la diminution corrélative des couples équivalents.

Ce bouleversement des structures qui s'est précipité depuis la guerre se traduit par une augmentation de la natalité ce qui n'a rien pour nous surprendre puisque les couples à prévalence maternelle sont les plus féconds. Mais, redisons le, ce n'est qu'un des facteurs de cette reprise de la natalité.

Fécondité des couples à prévalence maternelle.

Etudes chez l'animal

Les études de sociologie animale ont montré l'existence, d'une hiérarchie sociale à l'intérieur d'un groupement d'animaux de la même espèce.

Ces hiérarchies sont souvent caractérisées plus par l'agressivité du dominant que par la docilité du dominé.

L'animal du plus haut rang que l'on désigne le plus souvent par la lettre α , franchit le premier une clôture, attaque les autres, mange le premier, copule le premier. Rémy Chauvin écrit "Au plus bas degré de la hiérarchie, l'animal n'arrive qu'à peine à manger, est houspillé parfois jusqu'à la mort et ne parvient souvent pas à se reproduire car toutes les femelles le refusent".

Prenant l'exemple des poules, Rémy Chauvin poursuit "Bien que les poules de haut rang s'accouplent moins souvent que celles de rang inférieur, cependant elles pondent davantage d'oeufs et donnent plus de petits".

Tout en nous gardant d'extrapoler de l'animal à l'homme, rappelons que les femmes dominantes dans le couple parental sont celles qui ont le plus d'enfants.

Etudes chez l'homme.

Dans ce domaine, nous en sommes encore réduits aux hypothèses.

Si l'on en croit les travaux de Thérèse Benedek : "A peu près au moment de l'ovulation la production d'oestrogènes atteint son maximum et diminue avec le début de la production de progestérone. De la séquence de ces sécrétions, il résulte une stimulation intense de la réceptivité biologique et affective à la conception. Elle s'explique dans le fait que la femme est plus prête à accepter le partenaire ou, si un empêchement surgit, la tension émotionnelle s'accroît encore... Ceci est caractéristique de la période précédant l'ovulation".

Donc, l'intensité des désirs sexuels est au paroxysme au moment de l'ovulation c'est-à-dire à la période de la fécondité.

On peut penser que les mères prévalentes ont un comportement sexuel analogue à leur comportement habituel, c'est-à-dire qu'elles imposent leur **propre** rythme aux relations sexuelles avec leurs époux et choisissent naturellement la période où leur réceptivité tant biologique qu'affective est maxima, c'est-à-dire la période de fécondité.

Mais les hypothèses psychologiques ne doivent pas être écartées. Dans les couples à prévalence maternelle, le père, sentant plus ou moins inconsciemment qu'il est dominé, peut trouver dans la famille nombreuse un argument en faveur de sa puissance dont il doute plus ou moins consciemment. De son côté la mère prévalente qui est inconsciemment agressive vis-à-vis de l'homme cherche à capter les enfants à son profit. Elle est plus mère qu'épouse.

Ce facteur psychologique est peut être celui que cherchait Henry dans une étude démographique ancienne que nous analyserons plus loin. Cet auteur pensait qu'il existe un facteur conditionnant à la fois la dimension des familles nombreuses (la fécondité) et la mortalité infantile très élevée dans ces familles.

II. - MORTALITE

=====

Nous avons constaté au chapitre "Résultats Globaux" une mortalité totale avant 35 ans très élevée parmi les descendance des couples étudiés. Nous avons distingué deux groupes parmi les classes de prévalence et de dissociation en fonction de la mortalité totale décroissante :

le 1er groupe rassemblait :

les couples inexistants

- " à prévalence maternelle
- " dissociés par absence du père
- " à prévalence paternelle
- " dissociés par absence de la mère.

le 2eme groupe à moindre mortalité n'était formé que de couples équivalents.

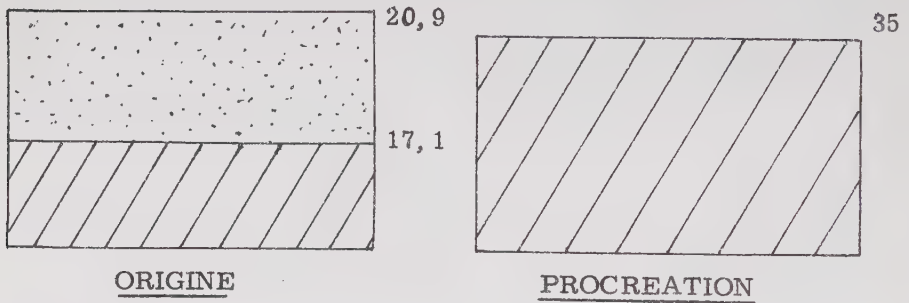
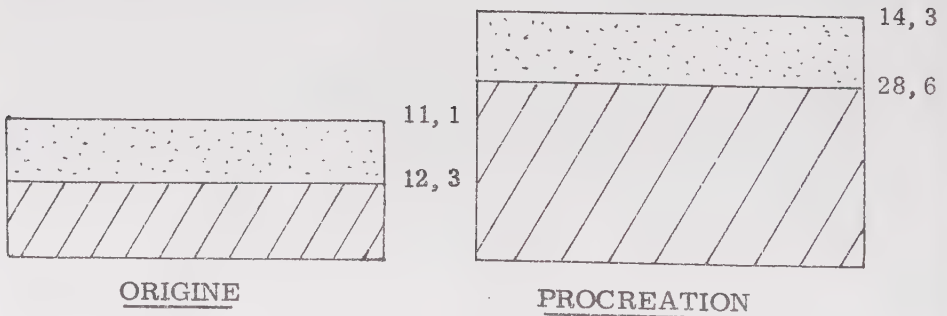
Nous allons faire une étude comparative de la mortalité des descendants des deux générations d'origine et de procréation pour les classes d'âge de 0 à 5 ans et de 5 à 35 ans.

Le graphique n° VIII montre que la mortalité avant 5 ans des enfants issus des couples de la génération de procréation est de beaucoup supérieure à celle des enfants de la génération d'origine, alors que d'une génération à l'autre la médecine préventive et la médecine de soins ont fait de notables progrès.

Graphique n° VIII.

Comparaison des fréquences moyennes de mortalité pour les couples de procréation et pour les couples d'origine chez les garçons et les filles - fréquences en p. 100.

 : mortalité de 5 à 35 ans.
 : " de 0 à 5 ans.

I. - GarçonsII. - Filles

1° -

Mortalité de 0 à 5 ans.

Tableau n° 32 - Taux de mortalité en p.100 avant 5 ans - catégorie d'origine.

COUPLES		MORTALITE DE 0 A 5 ANS en p.100		
Désignation	Nbre	Garçons	Filles	Total G+F
Couples inexistants	8	20	25	22,5
Prévalence maternelle	28	25	4,6	15,4
Absence du père	41	15,7	19	17,5
Prévalence paternelle	7	-	10	5,6
Absence de la mère	15	19,5	11,8	15,5
Equivalence	31	7,7	8,1	7,9
Total.....	130			

Ce tableau ne fait que corroborer nos premières conclusions. Le taux de mortalité faible des couples à prévalence paternelle n'est pas significatif.

Il convient de remarquer l'opposition frappante entre les couples à prévalence maternelle et paternelle.

La prévalence maternelle s'accompagne d'une plus grande mortalité de garçons et la prévalence paternelle d'une plus grande mortalité de filles.

Tableau n° 23 - Taux de mortalité en p.100 avant
5 ans - catégorie de procréation.

COUPLES		MORTALITE DE 0 A 5 ANS en p. 100		
Désignation	Nbre	Garçons	Filles	Total G+F
Couples inexistants	-	-	-	-
Prévalence maternelle	19	63,3	33,3	46,2
Absence du père	11	50	22,2	35,3
Prévalence paternelle	9	-	42,9	33,3
Absence de la mère	5	-	20	9,1
Equivalence	24	15,4	16,4	15,8
Total.....	68			

Les résultats vont dans le même sens que ceux de la génération ancienne. Les taux de mortalité sont toutefois plus élevés dans l'ensemble.

L'absence de la mère a comme dans le tableau précédent moins d'incidence sur la mortalité des garçons et des filles avant 5 ans que l'absence du père.

On peut penser que le décès de la mère oblige le père de famille à trouver un substitut maternel à ses enfants en bas âge alors que la mère seule se croit capable d'élever ses enfants sans présence masculine au foyer.

Cette observation vient s'ajouter à celles déjà faites au précédent chapitre et qui prouvent la nécessité d'une relation conjugale valable pour la santé morale et physique des enfants.

2° -

Mortalité de 5 à 35 ans.Tableau n° 34 - Taux de mortalité en p.100 de 5 à 35 ans. - catégorie d'origine.

COUPLES		MORTALITE DE 5 A 35 ANS en p.100		
Désignation	Nbre	Garçons	Filles	TotalG+F
Couples inexistants	8	20	20	20
Prévalence maternelle	28	26,4	6,8	16,8
Absence du père	41	20	10,1	14,8
Prévalence paternelle	7	25	20	22,2
Absence de la mère	15	22,2	17,7	20,8
Equivalence	31	13,5	11,3	12,3
Total.....	130			

La mortalité de 5 à 35 ans ne doit pas être étudiée isolément, nous devons tenir compte dans notre interprétation de la mortalité avant 5 ans, car cette limite entre les deux classes d'âge a été fixée arbitrairement.

La prévalence maternelle demeure significativement plus dangereuse pour les garçons que pour les filles. Inversement, la mortalité totale de 0 à 35 ans reste légèrement plus élevée pour les filles en cas de prévalence paternelle.

Tableau n° 35 - Taux de mortalité en p.100 de 5 à 35 ans - catégorie de procréation.

COUPLES		MORTALITE DE 5 A 35 ANS en p. 100		
Désignation	Nbre	Garçons	Filles	Total G + F
Couples inexis- tants	-	-	-	-
Prévalence mater- nelle	19	-	13,3	7,7
Absence du père	11	-	22,2	11,8
Prévalence pa- ternelle	9	-	14,3	11,1
Absence de la mère	5	-	-	-
Equivalence	24	-	-	-
Total.....	68			

Le taux de 13,3 ne correspond absolument pas à une surmortalité féminine dans la classe des couples à prévalence maternelle puisque les deux tiers des garçons issus de cette classe sont décédés avant 5 ans.

La prévalence paternelle est là encore plus dangereuse pour les filles que pour les garçons.

L'étude comparative des deux générations (origine et procréation) confirment donc tous les résultats globaux.

On pourrait objecter que n'ayant pas étudié systématiquement les causes de décès nous ignorons si la surmortalité masculine dégagée dans la classe d'âge de 5 à 35 ans pour la catégorie d'origine n'est pas due à l'incidence des guerres.

Disons tout de suite que nous avons tenu compte de cette cause de mortalité.

Il convient toutefois de remarquer que la surmortalité masculine est déjà significative dans la classe d'âge de 0 à 5 ans pour les couples à prévalence maternelle.

Nous pensons qu'un facteur humain n'est pas complètement étranger à la mortalité au cours des combats classiques. L'héroïsme augmente l'exposition aux risques et à l'opposé la peur paralyse l'individu et inhibe ses réflexes de défense.

Quoi qu'il en soit nous avons chiffré l'incidence des guerres sur la mortalité masculine dans les différentes classes de couples de notre échantillon.

Tableau n° 36

Incidence des guerres sur la mortalité masculine de notre échantillon - Descendance de plus de 35 ans - Décès exprimés en p.100 du nombre de garçons restant après 5 ans. Origine et procréation réunies.

CLASSES DE COUPLES	(I)	FREQUENCE DE MORTALITE DE 5 A 35 ANS		
		total	du fait des guerres	en p. 100
Prévalence ma- ternelle	58	19	8	13,8
Prévalence pa- ternelle	10	2	1	10
Equivalence	59	7	2	3,4
Absence du père	63	14	5	7,9
Absence de la mère	35	8	-	-
Inexistants	20	5	-	-
Total.....	245	55	16	6,5

- (1) Nombre de garçons restant vivants après 5 ans c'est-à-dire garçons nés vivants moins mortalité masculine de 0 à 5 ans.

Les décès causés par la guerre n'interviennent donc que pour 6,5 p.100 dans la mortalité masculine qui atteint en p.100 du nombre de garçons restants vivants après 5 ans :

22,4 p.100 pour l'ensemble des classes de couples réunies
32,8 p.100 pour les seuls couples à prévalence maternelle.

La mortalité dans la classe des couples à prévalence paternelle n'est sans doute pas significative à cause de la faiblesse des effectifs.

Il en est autrement de la mortalité dans les couples à prévalence maternelle.

Si nous comparons la mortalité du fait de la guerre dans les couples à prévalence maternelle et dans l'ensemble des autres couples (sauf les couples dissociés par absence du père où nous avons trouvé une fréquence élevée de mères prévalentes) nous constatons que la mortalité par fait de guerre n'est pas due au hasard, les garçons issus de couples à prévalence maternelle étant les plus touchés.

La différence est statistiquement significative à un seuil de probabilité inférieur à 1 p.100.

$$\chi^2 = 7,111$$

$$P < 0,01$$

Cette constatation renforce singulièrement nos observations et explique en partie l'absence de mortalité masculine de 5 à 35 ans, parmi nos catégories de procréation.

Nous allons suivre sur des histogrammes par périodes décennales les fréquences de mortalité pour toutes les classes de prévalence et de dissociation dont les effectifs sont suffisamment nombreux.

Les couples d'origine sont classés en fonction de l'année de naissance des malades soumis à l'enquête ; les couples de procréation en fonction de l'année de naissance moyenne des enfants issus de ces couples.

Le graphique n° IX compare la mortalité suivant le sexe des couples à prévalence maternelle.

Les taux de mortalité masculine demeurent à un niveau élevé et à peu près stable de 1870 à 1928. L'incidence de la guerre de 1914 - 1918 ne se remarque même pas dans nos histogrammes à cause de la grande surmortalité masculine avant 5 ans.

Par contre, les taux de la mortalité féminine n'ont pas cessé d'augmenter depuis cette date, ils sont près de 7 fois plus élevés pour la décennie 1918 - 1928 que pour la période 1870 - 1888.

Le graphique n° X' compare les fréquences de mortalité chez les couples équivalents et dissociés par absence du père.

L'évolution est parallèle dans les deux classes jusqu'en 1907. Les taux de mortalité diminuant progressivement jusqu'à cette date. Après la guerre de 1914 la mortalité reprend également pour les deux classes de couples.

L'histogramme montre en outre que les taux de mortalité des couples dissociés sont généralement plus élevés que ceux des couples équivalents.

Les effectifs des autres classes ne permettent pas de faire une étude longitudinale valable.

Discussion

Notre étude de la mortalité aboutit aux conclusions suivantes :

- 1° - La mortalité totale (garçons + filles) de 0 à 35 ans la plus faible se rencontre dans la classe des couples équivalents quelle que soit la période considérée.
- 2° - Les couples inexistants et les couples dissociés ont des taux de mortalité élevés.
- 3° - Les couples à prévalence maternelle ont une plus grande mortalité chez leurs enfants du sexe masculin. Inversement les couples à prévalence paternelle ont une plus grande mortalité pour les enfants du sexe féminin.

Le problème qui se pose est de savoir pour quelles raisons la mortalité est plus élevée parmi la descendance des couples inexistants, dissociés ou à prévalence maternelle que parmi les couples équivalents.

En ce qui concerne les couples dissociés par absence de la mère ou les couples inexistants, la carence de soins maternels est la cause probable de la mortalité comme l'a montré la statistique de Spitz déjà citée.

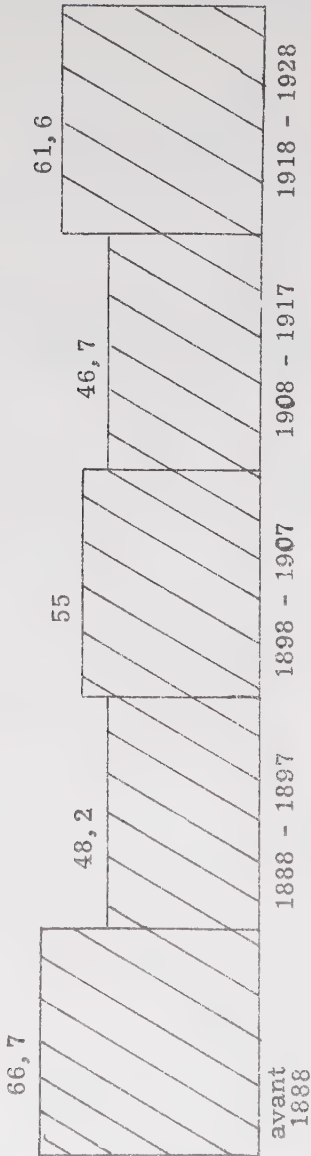
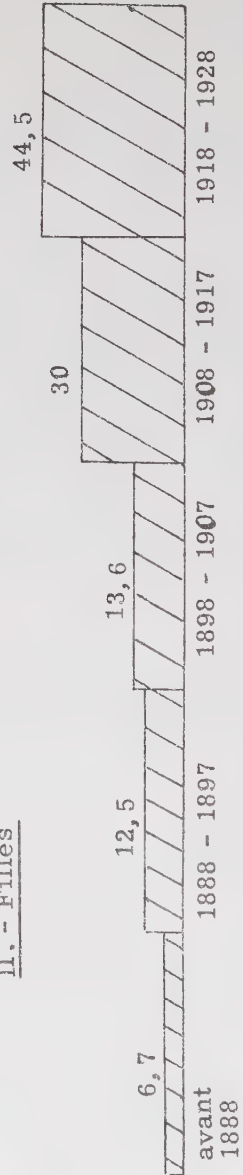
Nous pensons que la mortalité élevée des couples dissociés par absence du père et des couples à prévalence maternelle s'explique par l'intervention d'un facteur parental néfaste : la prévalence maternelle.

Henry dans une étude de 1948 sur la mortalité infantile dans les familles nombreuses écrit :

"Le petit enfant est étroitement lié à son milieu familial et il est tout naturel de chercher dans ce milieu la source des inégalités que présente la mortalité infantile sous un même climat et pour un même degré d'avancement de la médecine et de l'hygiène.

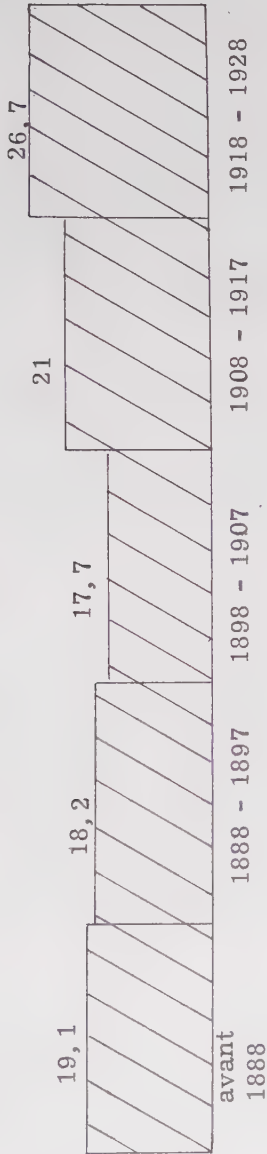
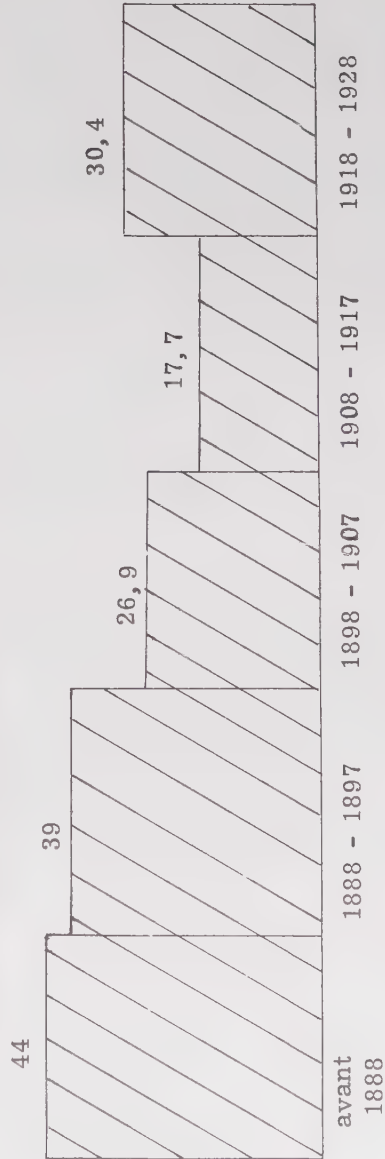
Graphique n° IX

Comparaison des taux de mortalité des garçons et des filles de couples à prévalence maternelle par périodes décennales de 1870 à 1928-catégories d'origine et de procréation réunies - descendance de plus de 35 ans, taux en p.100 des naissances de la décennie.

I. - Garçons.II. - Filles

Graphique n° X.

Comparaison des taux de mortalité par périodes décennales chez les couples équivalents et les couples dissociés par absence du père - catégories d'origine et de procréation réunies - descendance de plus de 35 ans - taux en p.100 des naissances de la décennie.

Classe de couples équivalents.Classe de couples dissociés par absence du père.

On est donc amené à étudier la corrélation qui peut exister entre telle caractéristique du milieu familial et la mortalité infantile et à examiner ensuite s'il y a lien de causalité entre la première et la seconde".

Parlant ensuite de la mortalité par péril infectieux ou alimentaire pendant la première année de la vie de l'enfant il continue :

"beaucoup plus sensible que la mortalité néo-natale aux progrès de la médecine et de l'hygiène; elle doit aussi varier beaucoup avec les conditions de vie du petit enfant et elle constitue, de ce fait, un bon instrument de mesure du milieu".

L'auteur constatant que la mortalité par péril infectieux ou alimentaire croît constamment et d'une manière assez régulière avec le rang de naissance analyse plusieurs facteurs possibles de variation de la mortalité et se demande en particulier "si la dimension de la famille n'est pas en corrélation avec une caractéristique essentielle des parents telle que leur psychologie, leur éducation, leur fortune.

"S'il n'y a pas de corrélation on sera en droit d'attribuer l'accroissement de la mortalité infantile avec le rang de naissance à l'augmentation de la dimension de la famille ; il en résultera qu'à l'intérieur d'une même famille les enfants de rang élevé auront, compte tenu des variations de tendance survenues dans l'intervalle, une mortalité supérieure à celle des aînés.

S'il y a au contraire une corrélation positive étroite entre la dimension de la famille et une caractéristique des parents néfaste à l'enfant, la négligence par exemple, toutes les statistiques par rang de naissance ne feront qu'isoler de mieux en mieux, à mesure que le rang augmentera, les familles à forte mortalité infantile. Les enfants de rang 8 et plus, appartenant à ces familles auront une mortalité infantile supérieure aux enfants de rang 1 puisqu'un petit nombre seulement de ceux-ci deviendront aînés de 8 enfants ou plus ; mais ils n'auront pas forcément une mortalité infantile plus forte que leurs frères ou soeurs aînés compte tenu comme précédemment, des variations de tendance de la mortalité infantile dans l'intervalle.

Par contre, ce frère ou cette soeur, en tant qu'aîné d'une famille destinée à devenir nombreuse, aura une mortalité infantile plus élevée que le premier enfant né la même année et destiné à rester unique ou aîné d'une famille restreinte. La constatation d'une telle inégalité ne pourra évidemment se faire que lorsque les familles seront complètes.

Un tel travail a été exécuté en 1907 sous forme d'une enquête intéressant les familles d'employés et d'ouvriers de services publics. Les résultats en ont été publiés en même temps que la statistique de familles en 1906 ; ils montrent que la mortalité des premiers nés augmente avec le nombre d'enfants que comptera la famille alors que la mortalité infantile des enfants nés la même année (1886 et 1888) dans les familles de même type, ayant en 1907 le même nombre d'enfants ne semble pas augmenter avec le rang de naissance".

On peut conclure que la mortalité infantile n'est pas directement fonction de la dimension de la famille. Si, en effet, il en était ainsi, les enfants de rang 8 auraient dans ces familles nombreuses une mortalité plus élevée que les premiers nés. Au fur et à mesure que la famille s'agrandirait les chances de survie du nouveau-né diminueraient. La mortalité infantile augmenterait avec le rang de fratrie.

Lorsqu'on étudie les familles actuelles, on groupe par exemple dans une même classe le décès du 3e enfant des familles qui n'auront que 3 enfants et le décès du 3e enfant des familles qui auront 4, 5, 6 voire encore plus d'enfants.

Une telle étude ne peut suffire à déterminer si la mortalité croît par rang de naissance ou par catégorie de famille : la répercussion sur la mortalité dans les familles actuelles étant dans les deux cas identique.

Il n'y a donc pas contradiction à dire que la mortalité infantile croît en fonction du rang de naissance dans une statistique de familles actuelles et que cette même mortalité infantile est indépendante du rang de l'enfant dans sa fratrie. Le taux élevé de la mortalité infantile dans les familles nombreuses n'est pas la conséquence de la dimension de ces familles. Notre étude montre que la dimension de la famille est en corrélation avec une caractéristique essentielle de la relation parentale : la prévalence. Donc pour reprendre le raisonnement de Henry, la mortalité n'est pas une conséquence de la dimension de la famille mais de ce facteur : la prévalence maternelle.

A titre d'hypothèse, on peut dire que la mère prévalente et son mari dominé forment un couple non satisfaisant pour l'enfant. Tout se passe comme si l'enfant issu d'un tel couple et formé par lui était mal préparé biologiquement et psychologiquement à faire face aux diverses agressions que la vie lui réserve. Dans ces conditions il ne répondra pas de façon adéquate à ces agressions et sa vie s'en trouvera plus menacée que celle d'un enfant issu d'un couple harmonieux.

Il va sans dire que nous n'attribuons pas à la prévalence maternelle la responsabilité exclusive de la mortalité infantile ou de la mortalité de la descendance des couples avant 35 ans.

La prévalence ne joue que pour des conditions de milieu données.

Nous citerons pour illustrer le rôle primordial du milieu sur la mortalité l'exemple rapporté par Dubos, de l'influence de la rouille de la pomme de terre sur la mortalité des Irlandais.

"La rouille de la pomme de terre fit son apparition en Europe, surtout en Irlande vers 1845, et devint bientôt un désastre. Les deux ans que dura le fléau suffirent pour ruiner l'économie du pays. Après l'introduction de la pomme de terre en Irlande au XVIIIe siècle, la population avait beaucoup augmenté comme il arrive souvent lorsqu'une nouvelle source d'alimentation est mise à la disposition d'un pays. De trois millions et demi vers 1790 la population avait atteint le chiffre de huit millions en 1840. La famine de 1845 coûta la vie à un million d'Irlandais. Très affaiblis, ceux qui échappèrent à la mort, devinrent plus sensibles aux maladies infectieuses. C'est ainsi que débuta la grande épidémie de tuberculose qui, après un siècle, commence seulement à décroître aujourd'hui. La misère et la disette forcèrent une partie de la population irlandaise à émigrer surtout en Amérique. Aujourd'hui encore, la population de l'Irlande n'est plus que la moitié de ce qu'elle était avant la grande famine".

III. - SURMORTALITE MASCULINE

=====

Nous avons donné un grand développement à ce problème au chapitre "Résultats Globaux". Nous avons conclu en disant que la classe des couples à prévalence maternelle diffère notamment des autres classes par la surmortalité masculine qu'on y rencontre et qu'il existe une corrélation entre la prévalence maternelle et la surmortalité masculine chez les enfants.

La surmortalité masculine est un fait connu qui a été étudié, mais mal analysé.

Un médecin de Nuremberg Bandel a publié plusieurs articles sur ce problème entre 1928 et 1933. Il met en cause l'alcoolisation des hommes bien supérieure à celle des femmes et lie alcoolisme et tuberculose qui serait selon lui la maladie aboutissant à la surmortalité masculine, les autres maladies : "pneumonies, maladies digestives, hémorragies cérébrales, néphrites" ... n'intervenant que pour une moindre part.

Ledermann statisticien de l'Institut d'Etudes Démographiques a publié ses travaux de 1946 à 1952. Il invoque également le rôle de l'alcool et remarque que les départements bretons et normands où la consommation d'alcool a considérablement baissé entre 1940 et 1945 sont également les départements où la mortalité générale s'est réduite pendant cette période tandis qu'elle s'élevait dans le reste du pays où l'alcoolisation diminuait peu et où régnait la sous alimentation.

Arnould dans un article de la Presse Médicale paru en 1954 estime "qu'il y a une cause première de surmortalité masculine dont l'influence s'associe à celle de l'alcoolisation : celle du travail".

Il fait remarquer que dans l'Industrie et le Commerce on ne compte en France que 4 millions et demi de femmes contre 8 millions et demi d'hommes, que les femmes âgées de plus de 55 ans abandonnent le travail plus tôt que les hommes de sorte qu'il n'y a en moyenne qu'une femme active pour deux hommes.

L'auteur conclut "Pour nous on doit sans aucun doute compter l'alcoolisation et le travail physique comme causes pre-

mières de la surmortalité masculine". Mais W.J. Martin (cité par Demadre dans sa thèse sur la surmortalité masculine fait remarquer que malgré l'augmentation du nombre de femmes travaillant en usine et dans les bureaux, la surmortalité masculine n'a pas diminué.

Il semble donc que tous les auteurs soient d'accord pour considérer l'alcoolisation comme facteur essentiel de la surmortalité masculine.

Prenant comme documents de base, 3 tableaux publiés par l'INSEE et reproduits dans la thèse de Pujol (1961) et concernant les décès suivant la cause, le sexe et l'âge pour les années 1947 - 1955 - 1959 nous avons essayé de déterminer les maladies facteurs de la surmortalité masculine pour ces trois années.

Ces maladies ne pourront être considérées comme causes de surmortalité masculine que si les femmes en sont moins fréquemment atteintes que les hommes. Dans le cas contraire il faut invoquer un autre facteur qui s'ajoute à la maladie pour expliquer que celle-ci soit plus léthale pour l'homme que pour la femme.

Pour les trois années considérées la surmortalité masculine en p.100 du nombre de décès féminins, sans tenir compte de l'âge s'établit comme suit :

1947	12	p.100 de surmortalité masculine			
1955	12	"	"	"	"
1959	10	"	"	"	"

Nous avons cherché quelles étaient les maladies ayant entraîné une surmortalité masculine en 1947 et nous avons chiffré celle-ci en p.100 du nombre de décès féminins.

Nous avons ensuite procédé à deux éliminations successives :

- 1° - élimination des maladies pour lesquelles la surmortalité masculine n'existait plus en 1955 ou en 1959.
- 2° - élimination des maladies pour lesquelles les pourcentages de surmortalité étaient trop faibles pour être significatifs.

Finalement les facteurs de surmortalité masculine étaient les suivants (pourcentage 1947) :

- Alcoolisme aigu et chronique	66 p.100	de surmortalité masculine		
- Tuberculose	40 p.100	"	"	"
- Suicides	63 p.100	"	"	"
- Accidents et morts violentes	61 p.100	"	"	"
- Cirrhose du foie	30 p.100	"	"	"
- Malformations congénitales	34 p.100	"	"	"
- Syphilis	40 p.100	"	"	"
- Appareil génito-urinaire	88 p.100	"	"	"

En ce qui concerne l'appareil génito urinaire, les statistiques de 1959 ne mentionnent que l'hyperplasie de la prostate et les rubriques ne sont pas assez détaillées pour faire une comparaison valable. Comme par ailleurs le taux de mortalité est faible (10 p.100 000 hommes en 1959) nous n'en tiendrons pas compte. Nous négligerons également la syphilis qui n'intervenait que pour 3 pour 100 000 en 1955 et dont les statistiques de 1959 ne font plus état.

Le même raisonnement, par éliminations successives, donne comme causes de surmortalité féminine :

- les tumeurs non malignes
- le diabète
- les lésions cérébrales vasculaires
- la sénilité

mais seule la sénilité intervient pour plus de 12 p.100 pour chacune des trois années de sorte qu'on peut conclure que les hommes meurent plus de maladies et les femmes davantage de vieillesse.

Les 6 maladies retenues expliquent la surmortalité masculine dans la mesure suivante pour les trois années considérées :

1947	81,4	p.100
1955	92,6	p.100
1959	100	p.100

Il convient de remarquer que parmi les 6 maladies considérées, 4 dépendent plus ou moins de la structure psychosociologique de l'homme ; ce sont :

- l'alcoolisme et la cirrhose qui en découle
- les suicides
- les accidents et morts violents.

Quant à la tuberculose, de nombreux auteurs modernes ont tendance à l'assimiler à un suicide inconscient. Médard Boss déduit de ses observations personnelles que tuberculose et anorexie mentale peuvent survenir de manière alternative et aboutissent toutes deux au même résultat, la mort. Il se demande ce que feront les êtres lorsque la tuberculose aura été totalement vaincue.

Nous pouvons déjà fournir à cette question un début de réponse, les décès dus à la tuberculose étant passés de 158 à 37 pour 200.000 hommes et femmes de 1947 à 1959.

Par contre et dans le même temps les décès par :

- alcoolisme	passaient de	4 à	22
- suicides	" "	26 à	34
- accidents	" "	106 à	127
- cirrhose	" "	29 à	54

alors que la mortalité générale baissait de 2.644 à 2.245 décès pour 100.000 hommes et 100.000 femmes.

Les malformations congénitales constituent après la prématurité la seconde cause de décès des nourrissons de moins d'un an. Elles ont entraîné de 1950 à 1959 une augmentation de 24 p.100 de la fréquence des décès des nourrissons.

Davids, Devault et Talmadge ont montré par une étude portant sur 48 femmes, que celles qui ont eu un accouchement difficile ou qui ont donné naissance à des enfants présentant des anomalies, avaient dans l'échelle d'anxiété manifeste de Taylor administrée pendant la grossesse, des scores significativement plus élevés que celles qui ont eu un accouchement normal. Les

scores obtenus lors d'une seconde application après l'accouchement ont montré une diminution de l'anxiété chez toutes les femmes, mais sont restés relativement plus élevés chez les premières.

En définitive ces maladies peuvent être classées en deux catégories suivant la plus ou moins grande évidence de leurs rapports avec la structure psycho-sociologique de l'homme.

1ère catégorie :

- alcoolisme - cirrhose - suicide.

2ème catégorie :

- tuberculose-accidents-malformations congénitales.

La première catégorie peut être rejetée a priori des causes premières de la surmortalité masculine. S'il est vrai que le suicide et l'alcoolisme ont entraîné la mort prématurée de l'homme c'est par un choix plus ou moins inconscient de sa part.

C'est donc la motivation profonde et inconsciente de ce choix qui doit être tenue pour responsable, le manque d'appétit devant la vie poussant l'homme à se détruire soit par l'alcool soit par le suicide.

Nous devons donc rechercher les raisons de ce refus de la vie et les tenir pour causes premières de la surmortalité masculine.

En ce qui concerne la seconde catégorie, nous ne serons en droit de parler de causes de surmortalité masculine que si la morbidité due à ces maladies, est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

La tuberculose

La morbidité due à la tuberculose est sensiblement la même pour les sujets des deux sexes de moins de 35 ans.

1 111 cas masculins contre 1 055 cas féminins pour 1952 - 1953 - 1954 (document de la F.N.O.S.S.)

- Entre 0 et 4 ans :

Alors que la fréquence de la maladie tuberculeuse est plus grande chez les garçons 113 cas contre 93, la mortalité masculine

est légèrement plus faible 106 cas contre 111 en 1958.

- Entre 5 et 34 ans :

La fréquence de la maladie tuberculeuse n'est que légèrement plus élevée chez le garçon. 998 cas contre 962 chez les filles. La mortalité masculine est par contre très lourde 606 cas contre 396.

La surmortalité masculine par tuberculose augmente avec l'âge.

Les accidents.

Jusqu'à l'âge de 14 ans les cas d'accidents non mortels par traumatismes sont aussi fréquents chez les garçons que chez les filles. Ils sont même moins fréquents chez les garçons avant 4 ans et pourtant la surmortalité masculine par accidents pour les enfants de 1 à 4 ans est élevée :

en 1947	:	33 p.100
" 1955	:	48 p.100
" 1959	:	48 p.100.

Bien que la fréquence des accidents chez l'homme augmente rapidement avec l'âge on ne peut donc considérer ce facteur comme cause de surmortalité masculine puisque les décès sont déjà plus nombreux chez les garçons lorsque l'exposition aux risques est encore moindre que chez les filles.

Malformations congénitales.

La morbidité due aux malformations congénitales est plus élevée chez les garçons avant 35 ans que chez les filles : 70 cas contre 51 pour les années 1952 - 1953 et 1954.

En définitive seules les malformations congénitales peuvent être considérées comme causes premières de surmortalité masculine qu'elles n'expliquent d'ailleurs que dans une mesure très limitée.

Or il s'agit d'un facteur constitutionnel et l'on invoque pour expliquer l'augmentation de leur fréquence actuelle les radiations et l'inflation thérapeutique c'est-à-dire des facteurs externes non liés au patrimoine génétique des deux parents.

Frédéric Nora suppose l'existence, chez l'homme, d'un gène léthal qui expliquerait sa fragilité devant la maladie et la mort. L'avenir pathologique de l'individu serait fixé dès sa conception et inscrit dans son patrimoine génétique. Ce gène produirait son effet à une époque variable de la vie des individus et cette propriété rendrait compte du fait que la surmortalité masculine est retrouvée aussi bien pendant la vie intra utérine que pendant l'enfance, l'âge adulte ou l'extrême vieillesse. Le rôle du milieu serait pratiquement négligeable.

Il s'agit là d'un déterminisme assez étroit et on voit mal comment un gène léthal pourrait conduire l'individu à l'alcoolisme, au suicide, aux accidents et autres facteurs de surmortalité masculine.

Nos observations nous conduisent plutôt à penser que la relation triangulaire père-mère-enfant laisse, sur l'enfant, une empreinte durable analogue au phénomène de l'imprégnation chez les animaux. Rappelons ce phénomène par un exemple emprunté à J. Lecomte : "L'exemple le plus extraordinaire que l'on connaisse est celui d'un paon blanc élevé en compagnie de tortues géantes au zoo de Schönbrunn en Autriche : l'infortuné avait eu le malheur d'éclore en hiver. Pour lui épargner les rigueurs de la température, on le transporta dans la pièce la plus chaude de l'établissement. Là, privé de sa mère, il n'avait pour toute compagnie que des tortues. Le résultat fut inattendu. Parvenu à l'âge adulte le paon blanc restait insensible aux charmes des paonnes le plus aimables. Par contre il faisait la roue et se mourait d'amour à la vue de la moindre tortue".

Nous pouvons logiquement supposer que le développement ontogénétique de l'embryon est influencé en premier par l'empreinte du système relationnel familial ; puis la maturation biologique et psychique du nourrisson et de l'enfant est à son tour affectée.

Plus tard l'individu, tentera toujours de se remettre dans un système de relations semblable à celui dont il était le centre au moment où agissaient sur lui les forces de l'imprégnation.

Lorsqu'il voudra former un couple, l'homme qui a subi l'empreinte d'une relation parentale à prévalence maternelle choisira plus ou moins inconsciemment une femme avec laquelle il pourra reconstituer une relation de ce type. C'est le Wiederholungszwang de Freud. Cette répétition de situation relance une relation prévalentielle préjudiciable à l'homme de la même manière qu'une nouvelle gestation provoque chez une mère rhésus - (dont

le mari est homozygote rhésus +), une remontée dangereuse pour le fœtus du taux des anticorps antirhésus.

L'hypothèse de l'existence d'un substratum somatique nous paraît donc vraisemblable mais nous ne voyons aucune raison pour le limiter à une différence génétique.

En conclusion nous n'avons pu tirer ni de l'étude des facteurs de mortalité ni de la littérature une valeur explicative de la surmortalité masculine.

Notre étude bien que présentant une lacune, puisque nous ne connaissons pas toutes les causes de décès de la descendance de nos couples, fait toutefois avancer le problème car nous avons pu établir une corrélation entre la prévalence maternelle et la surmortalité masculine.

La vulnérabilité de l'homme est en partie liée à l'inévitable conflit des sexes, dans lequel il n'est pas la partie la plus forte.

La mère prévalente, agressive envers son mari soit de façon latente et inconsciente soit de façon manifeste l'est sans doute aussi envers tous les individus de sexe masculin et même envers ses enfants mâles.

Spitz a montré qu'une mère normale ne peut supporter une agressivité consciente vis-à-vis de ses enfants, qu'elle la compense consciemment ou la déguise inconsciemment en angoisse. Il a souligné l'influence de ce comportement maternel sur la morbidité et la mortalité des enfants pendant la première année de leur vie.

Nous avons trouvé que la relation maternelle qui s'exprime par un comportement biologiquement inapproprié est associée à une relation conjugale pathologique, la prévalence maternelle. La mère donne à l'enfant la première empreinte mais c'est l'empreinte d'un couple inharmonieux.

Notre travail montre encore que cette empreinte laisse une trace durable puisqu'elle détermine la mortalité au-delà de la première enfance et la surmortalité masculine avant 35 ans.

SIGNIFICATION DES FAITS OBSERVES

Les faits observés l'ont été sur une population particulière chez qui les situations traumatisantes de l'enfance sont anormalement fréquentes, il serait donc dangereux de généraliser sans preuve.

Toutefois, ce sont ces conditions particulières d'enquête qui nous ont permis d'isoler des faits qui ne ressortiraient que d'une enquête très large portant sur un vaste échantillon représentatif de la population française.

D'autre part la mortalité infantile tendra à disparaître sous l'effet conjugué d'une hygiène meilleure, d'une alimentation riche et plus rationnelle, de soins médicaux appropriés. La nocivité de certains couples n'aura donc plus pour effet un taux plus élevé de mortalité chez leurs enfants, mais une plus grande morbidité.

La surmortalité masculine due au péril infectieux diminuera sans doute comme elle a commencé de le faire sous l'influence de l'antibiothérapie. Mais il est vraisemblable qu'elle persistera du fait des différences existant entre l'homme et la femme.

En groupant les fréquences de décès dues aux maladies infectieuses pour les années 1947 - 1955 et 1959 on a constaté que la mortalité des enfants de moins d'un an exprimé en p. 100 du total des décès évolue comme suit :

Années	Garçons	Filles
1947	36	21
1955	14	15
1959	12	12

L'antibiothérapie a non seulement fait baisser considérablement le taux de la mortalité infantile par péril infectieux mais semble avoir procédé à l'égalisation des sexes devant ce péril.

Lorsque la mortalité infantile aura encore regressé, l'effet néfaste de certains parents ne s'exprimera-t-il plus qu'en termes de morbidité ? Et il est vraisemblable que cette morbidité, du fait des progrès de la médecine somatique, tendra à affecter surtout les fonctions mentales. A moins que l'on voit croître la mortalité par accident dès la naissance.

On constate déjà une augmentation de la mortalité des enfants par traumatisme obstétrical, empoisonnements, accidents d'automobiles. Cette évolution va-t-elle se poursuivre ?

La mortalité néo-natale due aux lésions obstétricales a considérablement augmenté depuis 1950. Les taux pour 100.000 naissances vivantes étaient les suivants pour les années 1950 - 1955 - 1959 :

1950	164
1955	239
1959	233

Ce qui nous paraît le plus important à retenir c'est que les taux les plus bas de mortalité sont observés pour un certain type de couple et pour certains types de relations parents-enfants.

Les caractéristiques du couple idéal doivent être recherchées dans la classe des couples équivalents.

Dans le couple modèle, le mari est un peu plus âgé que sa femme, il est plus grand, plus fort physiquement. Les époux sont tous deux en bonne santé, proviennent du même milieu social ont une instruction comprable et sont de même religion. Le mari travaille seul au dehors ou gagne davantage que sa femme, il gère les biens de la famille. Les décisions du ménage sont prises en commun. L'autorité sur les enfants est partagée. La surveillance du travail scolaire effectuée par chacun suivant ses compétences propres. Le mari n'aide habituellement pas aux travaux ménagers sauf transitoirement en cas de nécessité.

Nous pensons qu'il y aurait là d'intéressantes perspectives prophylactiques allant dans le même sens que celles découvertes par les auteurs préconisant la restauration de l'autorité paternelle, à propos de l'enfance délinquante.

CONCLUSIONS

Ce travail a eu pour objet de vérifier l'existence d'une corrélation entre la structure du couple parental et la mortalité des enfants.

Il repose sur une enquête effectuée auprès d'un échantillon de 130 malades dits "chroniques" à l'hôpital A. Chenevier de Créteil dans le service du Professeur agrégé A. Bourguignon.

Les observations concernant la fécondité, la mortalité et la surmortalité masculine portent sur 736 enfants.

I. - MATERIEL

=====

Le matériel est constitué de 259 dossiers correspondant aux familles d'origine et de procréation de 130 malades, et est étudié sous les aspects suivants :

- âge
- maladie ayant justifié l'hospitalisation
- structure du couple parental d'origine
- état civil
- rang dans la fratrie
- situation socio-professionnelle des couples d'origine et de procréation.

II. - METHODE

=====

L'enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire dont l'élaboration s'est faite en plusieurs étapes.

85 questions concrètes ont été posées à chaque malade interrogé.

Ont été analysés :

- 1° - Le taux de fécondité.
- 2° - Le taux de mortalité de la descendance des couples.
- 3° - La structure du couple parental en fonction d'un critère psychologique : la prévalence.
- 4° - La relation parents-enfant, qualifié de satisfaisante ou non suivant le cas.

Les résultats ont été comparés statistiquement à l'aide du test t pour les moyennes ; du test χ^2 pour les proportions.

III. - RESULTATS GLOBAUX

=====

1° - Fécondité

Les couples à prévalence maternelle ont des taux de fécondité plus élevés que les couples de l'ensemble des autres classes.

2° - Mortalité

La mortalité totale (garçons + filles) de 0 à 35 ans la plus faible se rencontre dans la classe des couples équivalents. La différence entre ce type de couple et les autres est statistiquement significative.

3° - Surmortalité masculine

Il existe une corrélation entre la prévalence maternelle et la surmortalité masculine chez les enfants.

IV. - DISCUSSION DES CRITERES DE GROUPEMENT

=====

1° - La relation parentale.

9 critères sont étudiés qui permettent d'établir un coefficient de prévalence variant de 0 à 1 et de classer les couples en :

- couples à prévalence maternelle
- " " " paternelle
- " équivalents.

2° - La relation parents-enfants.

La notion de relation parents-enfants satisfaisante est définie. Une corrélation statistiquement significative entre la prévalence maternelle et la non-satisfaction de la relation mère-enfant est établie.

V. - DISCUSSION DES RESULTATS

=====

1° - Fécondité

La fécondité est étudiée pour chaque classe de couples.

L'hypothèse est faite que le taux de fécondité élevé des couples à prévalence maternelle est dû à un facteur psychologique parental qui conditionne à la fois la dimension des familles nombreuses et la mortalité élevée de la descendance de ces familles. Ce facteur serait la prévalence maternelle.

2° - Mortalité

La forte mortalité des couples dissociés par absence de la mère ou des couples inexistants est expliquée par la carence de soins maternels comme l'a montré Spitz.

La mortalité élevée de la descendance des couples dissociés par absence du père et des couples à prévalence maternelle est attribuée à la prévalence maternelle, fait que nous rapprochons de l'hypothèse de Henry sur le rôle du facteur psycho-sociologique.

3° - Surmortalité masculine.

Les facteurs de surmortalité tels qu'ils ressortent des statistiques officielles sont examinés et rejetés en tant que causes de la surmortalité masculine. L'existence d'une corrélation statistique significative entre la prévalence maternelle et la surmortalité masculine est établie.

Mais les faits ayant été observés dans une population particulière, chez qui les situations traumatisantes de l'enfance étaient anormalement fréquentes, il serait dangereux de généraliser.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur A. LEMAIRE Professeur G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

ARNOULD (E) -

La surmortalité masculine et ses causes.

Presse Médicale n° 63, 1324, 29 septembre 1954.

ALEXANDER (F) - et BENEDEK (Thérèse, M.D) -

La médecine psychosomatique, 1 vol., 242 p., Petite Bibliothèque Payot, ed., Paris 1962.

BERGE (A) -

La famille pour l'enfant, travaux et documents,
cahier n° 18 p. 318, Presses universitaires de
France, 1954.

BOSS (M) -

Introduction à la médecine psychosomatique.

Paris, Presses universitaires de France - 1959.

CHAUVIN (R) -

Le comportement social chez les animaux -

1 vol. 168 p., Presses universitaires de France
1961.

DAVIDS (A), DEVAULT (S), TALMADGE (M) -

Anxiety, pregnancy and child birth abnormalities.

J. consult. psychol. U.S.A. (1961) 25 n° I 74-7.

DEMADRE (G. A) -

Contribution à l'étude de la surmortalité masculine.

Thèse Paris 1955 n° 21 - 36 pages.

DUBOS (R) -

Mirage de la santé.

I vol., 234 p. Editions Denoël, 1961.

EHRENWALD (J) M. O. -

Neurosis in the family, A study of psychiatric epidemiology.

Archives of general psychiatry vol. 3 sept. 1960
Number 3, 36 - 232 à 45 - 241

FEBVAY (M) -

Niveau et évolution de la fécondité par catégorie socio-professionnelle. Population 1959, 4.

HENRY (Jacques) -

La mortalité infantile dans les familles nombreuses.
Paris, Population 1948 in 8° 30 p.

HENRY (Jules)

L'observation naturaliste des enfants psychotiques.

La psychiatrie de l'enfant, vol. IV, fasc. I

P. U. F. p. 65 - 203 (1961).

KERNER (G), SCHWARZ (R) -

Körpergröße, Gewicht, Krankheitsgeschehen Verhaltensstörungen bei Vorschulkindern verschiedener sozialen schichten.

Z. ges. hyg. Grenz geb. Dtsch. 1961. 7 n° II
p. 851-856.

LECOMTE (J) -

Les animaux.

1 vol. 218 p. Flammarion 1961.

NORA (F) -

Surmortalité masculine 1953 (cité par Demadre).

OPPEL (W), RIDDER (R), HARPER (P) -

The relationship of maternal deprivation to childhood achievement and adjustment.

Amer. J. disease child. (1961) 102 n° 5 758-766.

PATTON (R.G.), GARDNER (L.I.) -

Observations on retardation of growth and osseous maturation in association with maternal deprivation.

Am. J. disease child. 1961 102 n° 5 761.

POROT (M) -

L'enfant et les relations familiales.

1 vol. 260 p. Presses universitaires de France
1963.

PUJOL (P) -

Evolution des taux de mortalité et causes de décès
suivant le sexe et l'âge en France de 1947 à 1959
(avec un aperçu rétrospectif).

Thèse Paris 1961 n° 948 - 40 pages.

SPITZ (A) -

La première année de la vie de l'enfant.

1 vol. P. U. F. 1963.

SUTTER (J) et BASTIDE (H) -

Les causes de la reprise de la natalité en France.

Revue du Praticien - Tome XIII n° 18 2207 -
2215 - 21 juin 1963.

Colloque C. N. R. S. - Sociologie comparée de la famille contemporaine 1955.

Bulletin d'information du Ministère de la Santé Publique et de
la population. Editions de l'Institut National d'Etudes Démogra-
phiques n° 3 - 4 1961.

F. N. O. S. S. - Statistiques médico-sociales. Une enquête sur
400.000 cas de maladie - 3 vol. 1962.

TABLE DES MATIERES

Pages.

INTRODUCTION

<u>MATERIEL</u>	5
I Echantillon	5
II Choix de l'échantillon	5
III La population	6
VI Analyse de l'échantillon	7
- âge	
- maladies ayant justifié l'hospitalisation	
- structure du couple parental d'origine	
- état civil	
- rang dans la fratrie	
- situation socio-professionnelle	
des couples.	

<u>METHODE</u>	23
L'enquête - conditions de l'enquête	
L'élaboration du questionnaire	
Méthode d'analyse statistique.	

<u>RESULTATS GLOBAUX</u>	29
I La Fécondité	31
II La Mortalité	33
III La surmortalité masculine	35

<u>DISCUSSION DES CRITERES DE GROUPEMENT</u>	45
I Le couple parental	47

II	Les relations parents-enfants.	65
<u>DISCUSSION DES RESULTATS</u>		69
I	La Fécondité	69
	- Disparité des taux de fécondité entre les générations.	
	- Fécondité et structure du couple	
	- Fécondité des couples à prévalence maternelle	
	- Etudes chez l'animal	
	- Etudes chez l'homme	
	- Hypothèse de Henry	
II	La Mortalité	81
	- Mortalité de 0 à 5 ans	
	- Mortalité de 5 à 35 ans	
	- Etude longitudinale de la mortalité par périodes décennales.	
	- Discussion.	
III	La Surmortalité masculine	95
	- Etudes antérieures	
	- Statistiques officielles de la France	
	- Nos travaux personnels.	
<u>SIGNIFICATION DES FAITS OBSERVES</u>		103
<u>CONCLUSIONS</u>		105
<u>BIBLIOGRAPHIE.</u>		

